

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 168

LE DOLICHOSIGMOÏDE

NON COMPLIQUÉ

Etude anatomo-clinique et thérapeutique

Résection en un temps, avec anastomose subtotale
extra-péritonisée

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René LANNAUX

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 24 Février 1915, à CHERCHELL (Alger)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

**LE DOLICHOSIGMOÏDE
NON COMPLIQUÉ**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552408_0057

LE DOLICHOSIGMOÏDE

NON COMPLIQUÉ

Etude anatomo-clinique et thérapeutique

Résection en un temps, avec anastomose subtotale
extra-péritonisée

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René LANNAUX

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 24 Février 1915, à CHERCHELL (Alger)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD., NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET. **CLUZE**

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique urologique		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SANTY, *président* ; GABRIELLE, *assesseur* ;
DE ROUGEMONT et DELORE.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE

A MA MERE

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur SANTY

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profond respect.

A NOS JUGES

Hommage respectueux.

A Monsieur le Médecin Commandant MERZ

*Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Chirurgien des Hôpitaux Militaires*

Il nous a inspiré ce travail et constamment apporté, dans son exécution, l'aide précieuse de ses conseils et de son expérience.

Nous le prions de bien vouloir accepter l'expression de notre grande reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Médecin Général MARLAND
Ancien Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A Monsieur le Médecin Général WORMS
*Ancien Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Directeur de l'Ecole d'application du Service de Santé
du Val-de-Grâce*

A Monsieur le Médecin Général CRISTAU
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A NOS MAITRES ET A NOS CHEFS
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
ET DE L'HÔPITAL DESGENETTES

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX CIVILS DE LYON

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX CIVILS D'ALGER

LE DOLICHOSIGMOÏDE NON COMPLIQUÉ

INTRODUCTION

L'allongement anormal de l'anse ilio-pelvienne, ou *dolichosigmoïde*, est, en dehors même de tout autre modification du cadre colique, une malformation assez courante. Un examen radiologique entrepris pour une raison quelconque en permet souvent la découverte fortuite.

On a depuis longtemps remarqué sa fréquence toute particulière chez les indigènes nord-africains : dans le Service de Radiologie de l'Hôpital Militaire Desgenettes, la constatation d'un dolichosigmoïde est tout à fait banale, et récemment encore, P. Goinard et P. Torreilles, dans une communication à la Société de Médecine d'Alger (1) évaluaient cette fréquence à plus de 70 % (17 cas sur 23 cadavres d'indigènes autopsiés au hasard).

L'excès de longueur du côlon ilio-pelvien ne saurait donc, en lui-même, être considéré comme une entité morbide. Mais dès qu'à cette particularité *anatomique* vient correspondre un syndrome *clinique* traduisant un état de souffrance de l'anse ou de gêne du transit colique, il est alors permis de reconnaître

(1) 7 février 1936. In *Algérie Médicale*, mars 1936.

au *dolichosigmoïde-maladie* une véritable individualité *anatomo-clinique*.

Il n'est pas étonnant de voir ce syndrome apparaître assez fréquemment chez les indigènes nord-africains, en raison de leur prédisposition toute particulière à l'anomalie primitive.

Mais l'expression clinique de cette affection est parfois bien discrète, parfois aussi fallacieuse, confuse. Il peut être assez délicat, dans ces conditions, de discerner la cause effective des troubles vagues présentés par les malades. Il suffirait cependant, pour cela, de *penser* au dolichosigmoïde : et peut-être ne le fait-on pas assez volontiers.

Tous les « abdomens douloureux » qui relèvent de cette pathogénie, tous les dolichosigmoïdes confirmés n'ont pas à être opérés systématiquement : le traitement médical amène souvent une amélioration suffisante. Certains d'entre eux pourtant sont justiciables d'une exérèse qui, supprimant l'anomalie causale, fait rapidement disparaître le syndrome clinique. La *persistance* et l'*intensité* des symptômes fonctionnels, la *répétition* des crises douloureuses, sont les indications principales de l'intervention. Celle-ci permet, en outre de prévenir l'apparition brutale d'accidents aigus nécessitant éventuellement une décision hâtive.

Nous avons délibérément négligé dans ce travail tout ce qui concernait les *complications* du dolichosigmoïde, pour n'envisager cette affection que sous sa forme *chronique*. Les accidents aigus — volvulus en particulier — on fait l'objet d'études antérieures très complètes, nous ne saurions y revenir ici.

Le « matériel » clinique nous a été fourni par les nombreux malades des régiments nord-africains, stationnés dans le 14^e C.A., et observés dans les services de chirurgie de l'hôpital Desgenettes.

Sous l'impulsion de X. Delore, MM. les Professeurs agrégés Gabrielle et Merz ont pu préciser les indications opératoires de ces dolichosigmoïdes non compliqués, et intervenir dans un assez grand nombre de cas. Le Docteur P. Goinard, chirurgien des hôpitaux d'Alger, a bien voulu également nous confier quelques-unes de ses observations.

Toutes les interventions que nous rapportons ont été pratiquées suivant une même technique opératoire, que nous pouvons appeler l'*opération de Delore*: depuis de longues années en effet, Delore avait, en la perfectionnant, adapté à l'exérèse du dolichosigmoïde l'ancienne technique de Bouilly-Volkman.

La résection de l'anse, en un seul temps, est suivie d'une *anastomose termino-terminale immédiate*, mais *subtotale*. Soigneusement *extrapéritonisé*, le segment suturé est réintroduit sous la paroi abdominale. Un *drain* placé dans le bout afférent constitue la « sou-pape de sûreté » indispensable dans la chirurgie du côlon gauche. La fistule obtenue s'oblitére spontanément, sans exiger un temps spécial ultérieur de fermeture.

Réellement bénigne, et présentant toute la sécurité nécessaire, l'opération de Delore est parfaitement adaptée à la cure des troubles fonctionnels déterminés par le dolichosigmoïde. Ses indications peuvent d'ailleurs s'étendre à la thérapeutique d'urgence imposée par certains des accidents aigus (volvulus).

Loin de nous, la pensée — ni le désir — de présenter une revue complète de la question du dolichosigmoïde. Quoique de notion assez récente, cette entité morbide a déjà fait l'objet de nombreux travaux d'ensemble ou de détail.

Nous avons délibérément négligé toutes les considérations d'ordre étiologique ou pathogénique — intéressantes sans doute, mais qui n'entrent pas dans le cadre pratique que nous nous sommes proposé.

Dans une rapide revue des *faits anatomiques*, nous avons eu surtout pour but de préciser les *modifications* de l'anse, et le processus de *mésentérite rétractile* — données importantes à connaître en vue de l'exérèse chirurgicale.

La *clinique* de ce syndrome si polymorphe ne nous a pas arrêté bien longuement. Les travaux d'A. Lane, Chiapple sur la stase intestinale chronique, ceux de Roux, Forgue, Lefèvre, Leflaive sur la période prémonitoire du volvulus en donnaient déjà quelque idée.

Plus récemment Bensaude et Monod, Chiray, etc..., ont apporté sur ce point de la question des précisions remarquables; nous n'aurions su mieux dire.

Dans l'*étude radiologique* de l'anse, qui constitue l'essentiel du *diagnostic positif*, nous avons également cherché à préciser les points que le chirurgien s'efforce de connaître avant d'intervenir.

Si l'exérèse chirurgicale tient la plus grande place dans la partie de notre travail consacrée au *traitement*, c'est que tous nos cas ont été opérés suivant la technique de Delore. Nous n'avons fait que résumer

cette technique, décrite par Goinard et Merz (1) et reprise dans la thèse de Biancardini (2). Mais nous nous sommes efforcé de montrer les sérieux avantages qu'elle présente sur les autres procédés de résection.

Les *résultats*, immédiats ou lointains, excellents dans l'ensemble, portent sur un assez grand nombre de cas pour que l'on puisse se faire une idée nette de la valeur de cette méthode. La lecture des observations que nous rapportons y aurait d'ailleurs suffi.

Les *indications* de l'exérèse à froid demandaient enfin à être précisées; car l'intervention n'est pas toujours de mise en dehors des accidents aigus.

Malgré son indiscutable valeur actuelle, il est possible cependant que cette exérèse nous apparaisse bientôt comme une intervention périmée; que des méthodes indirectes plus subtiles, plus élégantes, — telles que la section du splanchnique, ne tardent pas à lui être préférées : un avenir très proche nous fixera sans doute sur les possibilités de cette chirurgie fonctionnelle en ce qui concerne le dolichosigmoïde non compliqué...

« Ce n'est pas celui qui obéit à une règle rigide et immuable qui sera le meilleur; bien au contraire, c'est celui qui sera assez souple, assez artiste pour savoir décalquer ses actes sur la complexité changeante de la réalité » (1).

(1) Goinard et Merz. L'opération du dolichosigmoïde en un temps. Résection extra-péritonéale, anastomose immédiate subtotale. In *Journal de Chirurgie*, février 1936.

(2) Biancardini. Le volvulus du côlon pelvien et son traitement. Thèse d'Alger 1936.

(1) Lecène. L'évolution de la chirurgie.

LES FAITS ANATOMIQUES

Cette étude, volontairement incomplète, de la morphologie du sigmoïde, normal ou pathologique, se borne à préciser les données qui sont à la base du syndrome clinique, des indications opératoires et de la technique de l'exérèse.

L'anse sigmoïde normale

Ses variations

Le côlon pelvien, dit P. Duval, est un « segment colique en voie d'évolution inachevée ». Cette évolution se poursuit « depuis la période fœtale jusqu'à la vieillesse de l'individu » et l'anse ilio-pelvienne ne peut offrir, « aux constatations des chirurgiens, que des types morphologiques et des dispositions passagères adaptées aux divers stades de son évolution ».

Le terme de ce processus est « l'anse courte à court méso, plaquée dans la partie gauche du bassin ».

A l'opposé, les formes longues et mobiles, à méso plus ou moins développé, ne seraient que des stades évolutifs, les « types fœtaux et infantiles, ceux des races inférieures ».

Entre ces deux types extrêmes, tous les intermé-

diaires peuvent se rencontrer, que de nombreux facteurs concourent à déterminer :

L'âge d'abord (Trèves, Cruveilhier, Marfan, P. Duval) — peut être aussi le sexe : « Toutes proportions gardées, le côlon terminal de l'enfant serait plus long que celui de l'adulte, celui de l'homme plus long que celui de la femme, celui de l'adulte plus long que celui du vieillard ».

La *race* (Tarenetzky, Deakin, Lamb, Cade) et les habitudes alimentaires (Tarenetzky, Bean, Bryant, Swain) : la longueur du sigmoïde serait relativement plus considérable dans les races inférieures, à tendances végétariennes.

L'hérédité (Bensaude).

Le *type morphologique* du sujet (type asthénique : Lane, Carter), etc.

Longueur moyenne. — Déterminer les « dimensions normales » d'un organe aussi variable, paraît donc assez délicat.

Duval indique cependant 27 cm., avec 14 et 58 cm. comme chiffres extrêmes.

Jonnesco admet, comme taille moyenne, 35 à 45 cm..

15 à 67 cm. (Trèves). 12 à 84 cm. (Paitre), seraient encore les dimensions entre lesquelles peut varier l'anse ilio-pelvienne.

Le Dolichosigmoïde

Dans ces conditions, il est bien difficile de préciser où commence cet « excès de longueur » qui définit, étymologiquement, le dolichosigmoïde.

Les chiffres que citent Budberg et Koch, par exemple (90, 100, 170 cm.) se rapportent à des cas exceptionnels.

Aussi bien, ce qui fait le dolichosigmoïde, en clinique, n'est-ce pas tant la longueur elle-même du segment intestinal, que les troubles, mécaniques ou inflammatoires, qui siègent sur cette anse anormalement allongée : dans la plupart de nos observations, le côlon terminal ne dépassait guère les 60 ou même 50 cm. arbitrairement désignés comme limite inférieure (W. Koch, Zorzi).

A chacun de ces cas répondait cependant un syndrome clinique justifiant l'intervention, — syndrome entraîné non pas tellement par l'allongement exagéré de l'anse, mais surtout par les modifications qui en résultaient, celles-ci « beaucoup plus importantes pathologiquement que la longueur à proprement parler » (Gatellier, Moutier et Porcher).

Or, ces modifications portent non seulement sur l'anse elle-même, dans sa situation et son allure générale, ses rapports et sa constitution, mais aussi et surtout sur les formations péritonéales qui l'entourent, — propres ou extrinsèques, normales ou pathologiques (mésosigmoïde, adhérences).

Leur étude repose essentiellement sur les données de l'examen radiologique et de l'exploration chirurgicale.

A. — L'ANSE ELLE-MEME

ALLURE GÉNÉRALE. SITUATION.

Du fait de son allongement plus ou moins consi-

dérable, l'anse sigmoïde se loge où elle peut, s'élève plus ou moins haut dans la cavité abdomino-pelvienne.

On peut, avec Paître, en distinguer cinq types morphologiques principaux :

Type pelvien, en 8 de chiffre, avec une anse principale antérieure, rétro-pubienne, et une boucle postérieure iliaque droite.

Type ilio-pelvien, en M, à sinuosités multiples.

Type abdominal gauche, avec anse verticale ascendante et coude supérieur figurant un faux angle splénique.

Type abdominal droit, avec anse oblique figurant un faux angle hépatique.

Type abdomino-épigastrique, avec anse parallèle au côlon transverse et faux angles hépatique et splénique.

Cette systématisation topographique ne paraît pas avoir, en pratique, un très grand intérêt; et, plus simplement, on peut, avec Zorzi, distinguer deux types principaux de dolichosigmoïde :

1° Un type *abdominal gauche* dans lequel le sigmoïde occupe l'hypochondre gauche, en formant une N avec le côlon descendant auquel il s'accole en double canon de fusil. Il se rencontrerait chez les sujets à bassin étroit : c'est la disposition qui paraît la plus fréquente;

2° Un type *abdominal droit*, dans lequel l'anse s'incline vers la droite, le sommet se logeant dans la fosse iliaque ou la région sous-hépatique. Il correspondrait à un bassin amplement développé.

Bensaude et Monod décrivent également les deux types suivants :

1° *Anse longue simple* verticale ou légèrement oblique, dont la branche distale prolonge directement le rectum : accollement en Ω ou oméga classique. Le côlon iliaque est souvent libre et il existe un coude brusque au niveau de la crête, avec branche proximale de l'anse longue et verticalement ascendante.

2° *Anse à formes variées*, non rectiligne, plus ou moins infléchie — allant jusqu'au foie, en 8 de chiffre, à circonvolutions multiples, en double spirale, pelotonnée, etc.

On a voulu préciser la part qui revenait, dans l'allongement total de l'anse, à chacune de ses deux portions, iliaque et pelvienne.

Et Chiray a récemment essayé d'individualiser un type particulier, dans lequel l'allongement n'intéresse que la portion *iliaque* de l'anse ilio-pelvienne.

« Ce type, dit-il, confondu à tort avec le dolichocôlon sigmoïde, est caractérisé par une boucle dont le pédicule s'insère sur le côlon iliaque, c'est-à-dire entre la terminaison du côlon descendant sur la crête iliaque, et l'origine du côlon pelvien sur la ligne innommée. Le plus souvent ce pédicule s'insère tout près de la crête iliaque. Il existe là, dans certains cas, une ébauche de méso interrompant la zone normale d'accolement du côlon iliaque. Parfois même, d'après les anatomistes, il y a un méso véritable recouvrant une fossette péritonéale anormale analogue à la fossette intersigmoïde que limitent les deux racines du mésocôlon pelvien (Poirier, Charpy). C'est

là vraisemblablement que se développe le dolichocôlon iliaque, qui est loin d'être aussi rare, et dont les cas nous ont paru même presque aussi fréquents que ceux du dolichosigmoïde vrai.

Le dolichocôlon iliaque peut coexister avec ce dernier, mais, en général, il est isolé », le côlon sigmoïde occupant dans le petit bassin sa situation habituelle.

Mais, en définitive, la situation de cette anse et son aspect morphologique sont assez variables. On peut les voir, au cours d'examens radiologiques répétés, se modifier suivant la technique d'exploration, la position du sujet, l'état de réplétion ou de vacuité du côlon terminal : telle anse qui, dans le décubitus, remonte très haut sous la distension d'un lavement baryté, s'affaisse et revient sur elle-même après évacuation, dans la station debout : c'est-là le « côlon réservoir », à parois souples et à capacité variable, qui se modifie dans des limites physiologiques normales.

Le dolicho-sigmoïde conserve par contre, même à l'état de vacuité, la même longueur, sinon le même calibre et le même aspect. De plus, il existe généralement un processus pathologique qui fixe le sigmoïde par des adhérences péritonéales, et lui conserve dans ses divers états une même forme d'ensemble : c'est le type constant et pathologique par opposition au précédent, variable et physiologique.

TORSIONS, COUDURES.

Tant que sa mobilité n'est pas altérée, le dolichosigmoïde est sujet à des phénomènes de torsion sur son

axe, de coudure entre ses différents segments, « apparaissant ou disparaissant avec une égale facilité » ; « dispositions fugaces, que l'examen radiologique surprend parfois, que les mouvements actifs du côlon effacent spontanément ».

Le dolichosigmoïde peut par exemple se déplacer à droite, au milieu, ou à gauche, se tasser dans le bassin, se couder sur son pied (Kienböck). Il peut se produire des modifications dans la situation respective des deux branches qui se croisent à certains moments sans dépasser 180° (volvulus physiologique de Nothnagel).

Ces phénomènes, en quelque sorte normaux, malgré le rôle qu'ils jouent dans le déterminisme du syndrome clinique, doivent évidemment être distingués des complications qui résultent de leur persistance ou de leur exagération : volvulus véritable, coudures définitivement fixées par la formation d'adhérences péritonéales, ou de brides cicatricielles de mé-sentérite.

RAPPORTS.

Du fait de sa situation anormale dans la cavité abdominale, le dolichosigmoïde peut imposer quelques modifications aux viscères avec lesquels il entre en rapport.

Les relations qu'il peut, en situation abdominale gauche, contracter avec le *côlon descendant*, se manifestent principalement par des phénomènes d'adhérences plus ou moins étendus, sur lesquels nous aurons à revenir ultérieurement.

Beaucoup plus rarement, le *côlon droit* peut être déformé, refoulé par le sommet d'une anse venue se loger dans la fosse iliaque droite.

Mais c'est au niveau de l'*estomac* que ces rapports anormaux prennent un intérêt tout spécial. Cet organe est très fréquemment affecté par ce voisinage encombrant, modifié de ce fait dans sa forme et parfois sa fonction. Ses modifications peuvent être appréciées dès le début de l'examen radiologique par ingestion barytée. Connues depuis longtemps (Leven et Barret, Enriquez et Durand, etc.), elles ont été de nouveau signalées par Brohée, dans le volvulus et White dans le dolichocôlon — où elles affectent souvent des caractères particuliers.

1° La *grande courbure* se montre souvent refoulée vers la droite, donnant ainsi à l'estomac un aspect de fausse biloculation (estomac « en cascade », estomac « obscène » ou « phalloïde » : Grégoire). L'organe peut également être refoulé *en masse* dans la même direction : cet aspect, banal dans l'aérocolie simple de l'angle splénique se rencontre aussi lorsque le sigmoïde en situation abdominale gauche remonte verticalement à gauche de l'estomac (1).

2° On peut également constater un *soulèvement en dôme* du pylore, de l'antré et du bas-fond gastrique, par le sommet d'une anse démesurément allongée.

3° Enfin, des modifications plus complexes peuvent être déterminées par pression, traction ou torsion, enroulant ou inversant l'estomac, amenant l'antré et

(1) Obs. XV.

le bas-fond en situation postérieure, allant parfois jusqu'au volvulus presque complet (1).

De fausses images lacunaires peuvent se montrer, dont « l'intensité, l'invraisemblance, la variabilité dans le temps » permettent facilement le diagnostic.

Ces images ne sont parfois visibles que dans des positions particulières.

CONSTITUTION. — *Réaction du segment colique.*

A l'opposé du mégacôlon, le dolichosigmoïde est généralement défini comme un allongement « *sans augmentation de calibre, ni épaissement des parois de l'anse intéressée* » (Lardennois et Aubourg).

Certains auteurs (Lardennois, Donati et Alzona, Girault) admettent sous le nom de *dolicho-mégacôlon* une forme de transition entre ces deux termes, dans laquelle la dilatation peut exister à un degré plus ou moins considérable.

En réalité, le calibre du dolichosigmoïde paraît assez variable, et peut, au cours d'examens répétés, se montrer tantôt normal et tantôt augmenté.

D'une façon générale :

Le *calibre* de l'anse n'est pas modifié dans des proportions considérables.

La *tonicité* parfois diminuée de ses parois lui permet cependant une certaine tolérance, expliquant la dilatation passagère que l'on peut constater par exemple :

Du fait de l'aérocolie;

(1) Obs. XIII.

Au cours de l'examen radiologique, par l'administration d'un lavement baryté sous une pression trop forte — ou même normale.

Les *parois* peuvent cependant présenter des altérations plus ou moins prononcées, lorsque des lésions inflammatoires de stase intestinale chronique sont venues compliquer le dolichosigmoïde.

La *muqueuse* habituellement lisse, rosée, unie, se montre sous un aspect colitique, rouge, congestionnée, piquetée, parfois même ulcérée — ou granuleuse.

La *sous-muqueuse* s'infiltre, la *sous-séreuse* est le siège d'une réaction scléro-lipomateuse, traduisant un processus de sigmoïdite chronique en règle générale assez peu accusé.

On peut également constater quelques modifications au niveau des autres segments coliques :

En aval : le *rectum* est parfois le siège de phénomènes inflammatoires, d'une rectite qui peut être la seule manifestation clinique du dolichosigmoïde (Bensaude).

En amont : le *côlon droit* est souvent dilaté par aérocolie rétrograde; la stase colique droite qui peut résulter des modifications du transit se traduit par des lésions de colite, de typhlo-colite parfois intenses, susceptibles d'ajouter leur expression clinique à une symptomatologie déjà pourtant assez confuse.

B. — LA REACTION DU PERITOINE

C'est au niveau du mésosigmoïde que se rencontrent les altérations les plus importantes, celles que l'on relève de façon constante à l'intervention. Ces

lésions sont depuis longtemps connues sous le nom de *mésentérite*, de *mésosigmoïdite rétractile*.

La réaction péritonéale se traduit également par la formation d'*adhérences* plus ou moins étendues, parfois même par la présence d'un léger *épanchement séreux*.

Nous étudierons donc successivement :

1° *La réaction générale du péritoine* : l'épanchement séreux;

2° *Les altérations globales du méso-sigmoïde* : la *mésosigmoïdite rétractile*;

3° *Les adhérences péritonéales*:

Entre les deux branches de l'anse.

Entre l'anse et les segments coliques voisins.

1° LA RÉACTION GÉNÉRALE DU PÉRITOINE.

On constate parfois, à l'intervention, l'existence d'une très légère *exsudation séreuse*, relevant d'un processus atténué d'irritation péritonéale chronique. Sa pathogénie est donc analogue à celle de l'épanchement citrin ou sanguinolent que l'on rencontre de façon constante au cours des accidents aigus : volvulus. Elle ne présente, en effet, aucun caractère spécifique, (l'inoculation pratiquée dans l'un de nos cas (1) a donné un résultat négatif).

2° LES ALTÉRATIONS GLOBALES DU MÉSOSIGMOÏDE. — *La mésosigmoïdite rétractile*.

Assez fréquente, en dehors même de toute altération de l'anse ilio-pelvienne, la *mésosigmoïdite*

(1) Obs. XVII.

rétractile a été étudiée pour la première fois par Virchow.

Leichtenstern, Curshmann, Riedel, Hanseemann et Graser, Brehm et Ries, P. Duval, en ont donné après lui des descriptions très détaillées.

Les *facteurs étiologiques* en sont mal déterminés. Et l'on a considéré tour à tour la mésosigmoïdite rétractile comme :

Une séquelle de péritonite localisée (Virchow), de mésentérite fœtale (Leichtenstern).

Une altération primitive (Riedel), ou secondaire à une affection colique (diverticulite : Graser).

Le résultat d'un processus de « cristallisation des lignes de force au niveau du méso » (A. Lane). Ou d'une simple exagération de l'accrolement normal et de la rétraction que subit au cours de son évolution la portion terminale du gros intestin (W. Koch).

Description classique.

« Dans la mésosigmoïdite rétractile, dit P. Duval, le mésocôlon normalement souple, mobile et flottant, se rétracte sur lui-même, est envahi par de véritables brides cicatricielles ».

Cet auteur accorde cependant au terme de mésosigmoïdite rétractile un sens un peu particulier :

La rétraction du méso, précise-t-il « se fait généralement dans le sens de la largeur. Il s'agit alors de mésosigmoïdite *rétractile*, due à des causes locales, comme la stase, ou générales, comme la syphilis. Dans la mésosigmoïdite *cicatricielle* au contraire, la rétraction se fait dans le sens de la hauteur ».

On ne tient généralement pas compte de cette distinction — peut-être un peu arbitraire — et le terme de mésosigmoïdite rétractile désigne indifféremment toutes les variétés d'altérations qui frappent le méso.

Celui-ci, dit Catz, « a perdu sa souplesse, il est épais, tendineux, blanchâtre, les vaisseaux coliques disparaissent, étouffés qu'ils sont par le tissu cicatriciel. Par la rétraction de l'anse, les deux extrémités se rapprochent, et très souvent des adhérences s'établissent entre elles, qui donnent à l'anse la forme d'un double canon de fusil ».

« Toutes les variétés peuvent se rencontrer, depuis le simple voile large jusqu'aux bandelettes, aux brides plus ou moins étroites et serrées. Ces adhérences ont tendance à accoler et à rapprocher entre elles les deux branches de l'anse oméga, ou à la fixer à la paroi pelvienne ou aux organes voisins dans des positions propices à la bascule de l'anse ».

Ce processus aboutit donc à des modifications du méso dans ses différentes dimensions :

Dans sa *largeur* surtout.

La rétraction se faisant presque toujours dans le même sens, *transversalement*; elle est maxima aux racines du côlon, si bien que le méso prend alors l'aspect d'un éventail.

« Le début de la lésion se résume en une infiltration du méso, qui peu à peu s'épaissit, se durcit, se trouve envahi par la sclérose qui rétrécit le calibre des vaisseaux ». « Entre les deux jambes de la commissure sigmoïde se forment des commissures fibreuses, des néo-membranes denses ». « La rétraction

mésentérique tend à rapprocher les deux jambes de l'anse, et ce rapprochement s'accroît surtout au niveau du pied de l'anse, ainsi véritablement entravée ». (Forgue) : c'est le premier degré de Riedel.

« Le processus peut être poussé beaucoup plus loin, si bien que, la rétraction se faisant sur toute la hauteur de l'anse, celle-ci apparaît comme constituée par deux segments coliques parallèles, accolés, retenus à la paroi par un étroit pédicule : c'est le second degré de Riedel. Mais il est assez rare ».

Entre ces deux termes extrêmes, tous les intermédiaires peuvent bien entendu se rencontrer.

Le méso se trouve également modifié dans son épaisseur : « Lorsqu'on examine de très près les feuillets péritonéaux on peut très souvent constater qu'ils sont presque intacts et qu'il suffit de sectionner les ponts néoformés entre les bords coliques pour redonner au méso son ampleur primitive ».

Cependant, lorsque les lésions sont anciennes et organisées, il ne peut plus être question de libérer le méso qui est « épaissi, dur, rigide, blanc comme un tendon [et dont la richesse en vaisseaux est diminuée] » ou réduit à l'état d'un « cordon dur, scléreux, coupé de brides transversales ».

Sous une telle forme, la mésosigmoïdite rétractile demande un temps assez long pour se constituer : « 53 ans en moyenne », indique même Brehm, avec un remarquable souci de précision. Cependant, les enfants peuvent en être porteurs (Biancardini).

Nous avons eu l'occasion de retrouver, au cours des interventions rapportées dans nos observations,

tous ces aspects progressifs du processus de mésentérite.

Parfois le méso, sensiblement normal, est parcouru par des *filaments* blanchâtres très déliés, formant une fine trame peu résistante, étalée à ses deux extrémités, tantôt adhérente à la surface du méso, tantôt libre à sa partie moyenne. Des filaments multiples s'entrecroisent en mailles irrégulières, libres ou fixées, dans l'aire desquelles la séreuse conserve son aspect normal.

Dans d'autres cas plus avancés, ces brides s'étalent en *lames* plus larges, plus épaisses, recouvrant presque tout le méso. Etroites à leur base, du côté du pied de l'anse, elles s'étalent en éventail vers le bord mésentérique. De nouvelles brides se superposent à elles, et les surcroisent dans des directions variées. La séreuse normale a pratiquement disparu sous ces formations blanc nacré, dures, épaisses, qui étranglent plus ou moins les vaisseaux.

Il nous a semblé que ce processus d'inflammation chronique se développait surtout sur la face *inférieure* du méso sigmoïde. A peine ébauché sur la lame supérieure, il apparaît au maximum lors de l'extériorisation de l'anse, quand on relève vers le haut le segment colique en écartant ses deux branches.

LES VAISSEAUX.

Sont fatalement intéressés par le processus de sclérose qui envahit le méso.

a) *Les artères.*

Leur souplesse et leur élasticité permettent aux artères sigmoïdiennes de mieux résister à cet « étouffement » par le tissu cicatriciel.

Souvent d'ailleurs, dans ces larges mésos, la vascularisation est plus intense que normalement. Elle affecte un type « excédentaire » (Paître), plus ou moins bien systématisé, mais dont la variété la plus habituelle est représentée par « quatre artères sigmoïdiennes provenant par groupes de deux ou isolément de la mésentérique inférieure ou des troncs coliques voisins ».

b) *Les veines.*

Par contre, les altérations du méso retentissent un peu plus sur la circulation de retour : rétrécies, enserrées dans les régions envahies par la sclérose, les veines sont, en amont, dilatées, engorgées, soumises à des phénomènes de stase bien plus importants que la gêne minime subie par la circulation d'apport.

Cette gêne circulatoire entraîne des modifications pariétales du côlon qui retentissent à leur tour sur son pédicule vasculo-péritonéal, en favorisant la mésentérite : le cercle vicieux se constitue, s'aggrave progressivement.

c) *Le système lymphatique.*

Les altérations que l'on peut enfin, relever au niveau du système lymphatique se réduisent à une légère *hypertrophie ganglionnaire*, inconstante et sans caractère bien spécial.

L'examen histologique, lorsqu'il a été pratiqué, n'a jamais permis, en effet, d'y mettre en évidence la trace de lésions inflammatoires quelconques — banales ou spécifiques.

3° LES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES.

1° *Entre les deux branches de l'anse.*

Nous avons vu comment le processus de rétraction transversale du méso pouvait aboutir à l'accolement des deux branches du sigmoïde :

Soit uniquement à leur origine,

Soit, au contraire, sur toute leur étendue.

Cet accolement se produit par l'intermédiaire de brides transversales ou obliques, « véritables ponts qui s'étendent d'un bord colique à l'autre » (Brehm); brides cicatricielles, souvent indépendantes du méso qui peut après leur section recouvrir partiellement sa souplesse (Brehm, Duval).

« La rétraction du méso est toujours maxima aux racines mêmes du côlon pelvien, si bien que les deux segments d'attache pelvienne supérieur et inférieur de l'anse sont de plus en plus rapprochés, et finissent par être absolument accolés l'un à l'autre dans la partie gauche du bassin ».

« Là, l'anse subit un double rétrécissement, qui détermine une dilatation générale » de sa partie moyenne. « Etalée plus ou moins par son bord libre, elle est rattachée au bassin par un pied très étroit formé de ses deux extrémités accolées ».

A ce stade initial peut succéder progressivement un

accolement complet des deux branches en double canon de fusil : au terme de ce processus, et lorsque son allongement n'est pas trop considérable, le sigmoïde se présente généralement sous la forme de deux segments parallèles, remontant verticalement dans la direction de l'angle splénique, et plus ou moins fixés à la paroi postérieure et au côlon descendant par la diffusion des phénomènes d'adhérence.

Des *coudures* à angle aigu se produisent donc au niveau du sommet de l'anse et à l'union de l'anse et du côlon descendant.

Ces rétractions peuvent, en un stade intermédiaire, se localiser en un secteur du méso : elles entraînent alors la formation d'une inflexion de l'anse, d'une coudure, d'un éperon plus ou moins aigu et rétréci, interposé entre deux segments dilatés : anse à double sommet, en M, en W.

Cette mésentérite rétractile explique facilement les troubles cliniques présentés par les malades, et qui sont surtout fonction de la gêne du transit colique : obstacles à la circulation des gaz, retard dans la progression des matières aux coudures ou points rétrécis, arrêt momentané au niveau d'un éperon, séjour prolongé dans les segments distendus, accumulation, pendant plusieurs jours, dans un organe réservoir à capacité augmentée.

Nous n'envisageons pas ici, systématiquement, les accidents aigus d'occlusion par torsion, coudure, volvulus, évidemment très favorisés par les altérations siégeant aux pieds d'une anse qui se déplace en battant de cloche dans tout l'abdomen.

Mais si la méso sigmoïdite est à la base du syndrome clinique, elle présente par contre peu d'importance pratique au point de vue opératoire. Quels que soient, en effet, la situation, la forme, le volume de l'anse, celle-ci reste libre, mobile, donc extériorisable; toutes qualités permettant une chirurgie hors du ventre, conduite avec un maximum de sécurité, en un mot, une exérèse facile et sans aléas.

Il n'en est pas de même des adhérences si fréquentes qui se développent autour de l'anse, s'étendent aux organes voisins, et contribuent à fixer, d'une façon stable, le sigmoïde dans la cavité abdominale (type constant et fixe, opposé au type mobile). L'intervention est alors plus longue et plus complexe. La libération de ces adhérences peut entraîner l'éclosion d'un nouveau processus d'accolement par irritation traumatique opératoire. L'isolement de l'anse apparaît plus dangereuse que la persistance des troubles cliniques : il est parfois préférable, dans ces cas, de s'abstenir après examen intrapéritonéal de l'état de l'anse (obs. XXII-XXIV).

2° Adhérence aux organes voisins.

Etudions plus en détail cette extension des adhérences au delà de l'anse.

Il est assez exceptionnel de constater un accolement du sigmoïde aux *anses grêles*, trop mobiles pour être atteintes par ce processus à évolution très lente.

De même le tablier épiploïque recouvre habituellement l'anse ilio-pelvienne en situation abdominale, et empêche son adhérence à la *paroi antéro-latérale*.

Les accollements du sigmoïde et du *côlon transverse* ne sont, de même, pas très fréquents. L'anse gastro-colique, mobile, suit les déplacements de la grande courbure, mobile également. Il y a plutôt *refoulement* en haut et à droite; ou encore, bas fond et côlon transverse retombent en avant du dolichosigmoïde.

Le *côlon droit*, plus fixe, s'accolle plus facilement, à une anse oméga déjetée vers la fosse iliaque droite, par des bandelettes cicatricielles plus ou moins étroites et serrées. Mais c'est là, malgré tout, une situation moins fréquente que la position abdominale gauche.

En tout cas, ces adhérences avec les divers segments du côlon, ainsi que de l'épiploon, ne sont jamais tellement développées que la libération de l'anse ne soit relativement facile.

Par contre, celles qu'elle contracte très tôt et très aisément avec le *côlon gauche*, fixe, présentent un gros intérêt opératoire.

Côlon descendant et portion afférente de l'S iliaque sont très souvent unis par des adhérences les solidarisant d'une façon plus ou moins étroite.

Partant du pied de l'anse, des brides fibreuses les relient, les accolent l'un à l'autre en double canon de fusil. Les deux parois coliques sont au contact et leur isolement est parfois délicat. La coudure à angle aigu qui résulte de cet accollement, entraîne la formation d'un passage rétréci, d'un éperon, ayant sur le transit les répercussions que nous signalions tout à l'heure.

Remontant vers le haut, l'accolement peut être com-

plet, le sommet de l'anse étant rattaché à l'*angle splénique* par des brides qui prolongent, dans cette direction, la lame fixatrice du coude.

Si le bras éfférent du sigmoïde participe à ce processus les trois tubes coliques sont disposés parallèlement, en tuyaux d'orgue, formant une masse perceptible à la palpation, de traversée longue et difficile pour le contenu intestinal, entraînant des tiraillements douloureux, et un syndrome abdominal à localisation gauche.

Lâches, peu étalées, ces brides avasculaires peuvent être assez facilement libérées.

Etendues à toute la hauteur et fixant définitivement le sigmoïde en position haute et gauche, elles doivent faire renoncer à l'exérèse à froid, les dégâts opératoires de libération risquant alors de compromettre le résultat fonctionnel de l'intervention (1); étant bien entendu, encore, qu'il ne s'agit pas d'un malade présentant des accidents *aigus*, dont la gravité justifie toutes les tentatives.

(1) Obs. XXII et XXIV.

LES FAITS CLINIQUES

Nous n'insisterons pas sur leur étude, déjà précisée dans ses moindres détails par de nombreuses publications.

Ce qui caractérise l'expression clinique du dolichosigmoïde non compliqué, c'est l'*inconstance* et le *peu d'intérêt pratique* des symptômes observés.

Le dolichosigmoïde se traduit en effet par quelques signes essentiels, mais de peu de valeur en raison de leur banalité.

Il s'entoure par ailleurs d'une symptomatologie d'emprunt assez variée, qui, loin de faciliter le diagnostic, contribue au contraire à mieux l'égarer.

Nous envisagerons donc, assez rapidement, les symptômes les plus constants, nous reportant au passage aux observations que nous avons pu recueillir. Et nous négligerons de propos délibéré l'étude clinique des *complications*.

1° Symptômes habituels.

Les *signes physiques* n'ont que peu de valeur et n'apportent généralement aucune précision. Les *signes fonctionnels* par contre dominant la symptomatologie.

Les manifestations les plus fréquentes du dolichosigmoïde sont :

De la *constipation* et des *troubles gastro-intestinaux* :
aérocolie, colite, troubles gastriques.

Des *phénomènes douloureux*, sous forme de crises répétées de subocclusion.

I. — LES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

A. — LA CONSTIPATION.

Elle est, dit Chiray, « le maître symptôme à la base de tout le syndrome ». Elle se présente avec un certain nombre de caractères assez particuliers.

1° Elle peut être très *précoce*, et constitue habituellement le premier symptôme observé. Elle date parfois de l'enfance, alors que les autres manifestations du dolichosigmoïde n'apparaissent généralement qu'à l'âge adulte. Et dans ce cas elle reste pendant plusieurs années « monosymptomatique, sans troubles de l'état général et sans débâcles », la seule expression d'un dolichosigmoïde latent.

2° Son *importance* est assez variable. Elle peut être très discrète ou même inapparente : elle peut au contraire être très accentuée, rappelant la constipation souvent considérable du mégacôlon (1).

3° Elle n'est pas constante, au cours même de l'évolution du syndrome, et peut ne se manifester que par *intermittences*, présentant un caractère nettement paroxystique : entre ces périodes, le transit se montre à peu près normal — au moins en apparence — ou

(1) Obs. XV.

troublé par des débâcles diarrhéiques plus ou moins importantes.

4° Comme toute constipation gauche, rétention de matières inertes et peu toxiques, elle est, en elle-même, *bien tolérée*. Les troubles d'ordre stercorémique parfois constatés proviennent de la stase colique droite qu'elle peut entraîner.

5° Elle résiste remarquablement aux moyens habituellement employés contre la stase intestinale : laxatifs, purgations même énergiques. Par contre, « on en vient plus facilement à bout à l'aide de lavements haut portés » (Chiray). Aussi les malades doivent-ils être *longuement* préparés avant l'intervention.

6° Elle peut enfin ne pas s'imposer d'elle-même, et demande parfois à être *recherchée* (« Défécation par regorgement ». Loeper et Tautzin).

B. — DIARRHÉE, TROUBLES COLITIQUES.

Bien que représentant l'un des éléments les plus caractéristiques de la symptomatologie, la constipation n'est pas absolument constante. Les malades présentent parfois de la *diarrhée*, — non pas débâcles diarrhéiques sur un fond de constipation chronique, mais diarrhée *vraie*, s'accompagnant de tous les signes d'une colite intense. Souvent, dans ce cas, les troubles colitiques apparaissent brusquement sur un dolichosigmoïde jusqu'alors latent, et se caractérisent par leur persistance et leur résistance à tous les traitements habituels.

C. — AÉROCOLIE.

L'aérocolie coexiste très fréquemment avec la constipation. Plus ou moins marquée suivant les périodes, elle se traduit surtout par du *ballonnement* et du *météorisme*, par de petites crises de « *coliques gazeuses* ».

Le *ballonnement*, le *météorisme* peuvent être généralisés ou localisés, souvent plus importants du côté gauche, limités parfois aux régions périombilicale ou sous-costale droite (aspect oblique ovalaire de l'abdomen traduisant un dolichosigmoïde en situation sous-hépatique).

L'aérocolie prédomine en effet au niveau de l'allongement. Mais elle peut intéresser, par voie rétrograde, les segments situés en amont, angle gauche, côlon ascendant et cæcum en particulier. Cette distension gazeuse du *côlon droit* est presque constamment retrouvée dans nos observations, le « côlon de brassage et de fermentation » ne pouvant s'évacuer dans les délais normaux du fait du dolichosigmoïde.

Dans ce cas, la symptomatologie est surtout « droite ».

L'aérocolie peut également se manifester par de petites crises de « *coliques gazeuses* », crises douloureuse légères, siégeant en général dans la moitié gauche de l'abdomen, donnant la sensation subjective de « quelque chose qui se déplace dans le ventre ».

A l'origine de cette aérocolie existerait :

— soit une aérophagie secondaire (Lardennois et Aubourg);

— soit plutôt (Chiray), une rétention de gaz normaux due à :

une insuffisance de résorption par lésions de la muqueuse ou troubles circulatoires au niveau du méso (Kantor).

Un obstacle à l'évacuation, représenté par des courbures temporaires ou permanentes au niveau d'une portion de l'anse, provoquant cette aérocolie tout en étant exagérées par elle.

D. — SYNDROME GASTRIQUE.

Peut-être n'a-t-on pas suffisamment insisté sur l'intérêt des *symptômes gastriques* que peut provoquer le dolichosigmoïde. Ils sont, il est vrai, d'une extrême banalité : malaises post-prandiaux, aérophagie, nausées ou vomissements, fétidité de l'haleine, parfois douleurs irrégulières que le malade localise vaguement à la région épigastrique.

Leur fréquence est cependant considérable. Et leur essai d'interprétation radiologique peut mettre rapidement sur la voie du diagnostic, en rapportant leur cause à la compression de l'estomac par un sigmoïde haut situé.

L'examen clinique peut dans ce cas orienter le diagnostic en montrant un météorisme localisé ou généralisé, permanent, douloureux.

L'examen radiologique apportera plus de précisions en révélant les modifications subies par l'estomac dans son allure générale et son comportement, — modifications sur lesquelles nous avons déjà insisté plus haut.

Parfois, cependant, il s'agit d'une simple dyspep-

sie réflexe, traduite par des douleurs tardives, à type de brûlure.

II. — LES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX.

Ils s'observent de façon à peu près constante et présentent peut-être plus d'intérêt que les symptômes précédents. Car, si leur apparition est un peu plus tardive au cours de l'évolution du syndrome, c'est elle en général qui amène les malades à se faire examiner.

Leurs caractères sont assez variables.

Tantôt ce sont des douleurs *irrégulières*, plus ou moins intenses, localisées ou généralisées, sans caractère paroxystique. Elles peuvent apparaître en un point fixe de la fosse iliaque gauche — ou droite — dans la région lombaire, à l'épigastre.

Leurs *causes* sont variables :

- phénomènes de périviscérite;
- réaction gastrique, mécanique ou réflexe;
- distension passagère, par aérocolie, du cæcum ou du côlon droit.

Plus souvent, il s'agit de véritables crises de *sub-occlusion à répétition* greffées ou non sur un *fond douloureux continu*.

Les crises subocclusives.

Dans ce cas tous les degrés sont possibles entre la *petite crise douloureuse* accompagnant un accès de constipation plus intense, et la véritable *crise paroxystique* à type de subocclusion.

L'*horaire* de ces crises n'a aucune fixité.

Elles apparaissent à n'importe quel moment, aussi bien de jour que de nuit et sans rapport avec les repas. « Cette irrégularité même a son intérêt, elle permet d'éliminer certains syndromes gastriques avec lesquels la confusion pourrait être commise ».

Leur *début* est souvent brutal.

Elles se caractérisent surtout par des douleurs abdominales intenses à type de torsion, généralement localisées à la partie supéro-interne de la fosse iliaque gauche, parfois plus diffuses, s'étendant à tout l'abdomen.

A peu près *continues*, avec des exacerbations paroxystiques, elles disparaissent progressivement, tantôt relativement légères et durant quelques heures à peine, tantôt plus intenses et persistant au delà de vingt-quatre heures, trois et même quatre jours.

Elles s'accompagnent d'un *météorisme* plus ou moins considérable, parfois généralisé, plus souvent localisé, au début tout au moins, à la fosse iliaque et au flanc gauches.

On ne trouve *jamais de contracture* véritable; mais la palpation de l'abdomen, dur et tendu, provoque facilement une réaction de défense de la paroi pouvant prêter à confusion.

L'*arrêt des matières et des gaz* existe toujours à un degré variable, mais il reste incomplet dans la majorité des cas.

Les *vomissements*, enfin, sont exceptionnels.

La crise se termine spontanément par une abondante émission de gaz, parfois une véritable débâcle diarrhéique; et pendant un jour ou deux peuvent

persister quelques symptômes légers, endolorissement de la fosse iliaque gauche, fatigue, subictère.

Dans deux de nos cas (obs. XXII et XXV) une rachianesthésie pratiquée en vue d'une intervention immédiate, amena, avant le début de l'opération, une énorme débâcle de gaz et de matières solides et liquides, réduisant à néant le syndrome aigu.

Ces crises se répètent à intervalles variables, tendant toutefois à se rapprocher de plus en plus.

Elles peuvent apparaître sans prodromes, mais sont plus généralement greffées sur un *fond douloureux* plus ou moins *continu* :

Douleurs abdominales peu intenses, mais persistantes, parfois généralisées, plus volontiers localisées à la fosse iliaque gauche. La palpation révèle une sensibilité diffuse de toute cette région, plutôt que l'existence d'un point douloureux précis.

Ces crises de type subocclusif peuvent être rapportées soit à des phénomènes de torsion, de volvulus plus ou moins complet, soit plus fréquemment :
— à des coudures au niveau de l'anse, intermittentes ou fixées par des adhérences;
— à une obstruction chronique, amenant une gêne importante du transit;
— à la compression d'une branche de l'anse par les gaz accumulés dans la branche voisine.

2° Symptômes secondaires.

Formes cliniques

La coexistence des signes précédents permet de caractériser une forme typique.

Mais ces différents symptômes peuvent exister isolément, apparaître successivement au cours de l'évolution du syndrome. Il s'agit dans ce cas de formes *frustes*, ne se manifestant que par une constipation chronique, peu ou pas de phénomènes douloureux.

Ils peuvent même ne pas exister : c'est alors une forme *latente*, découverte radiologique, dans laquelle un allongement caractérisé — ne s'accompagne, ou ne s'est encore accompagné — d'aucune expression clinique.

On peut constater par contre l'existence de signes plus accessoires, *signes d'emprunts* en général, dont le caractère ou l'intensité masquent parfois la symptomatologie fondamentale.

De multiples formes cliniques ont, de ce fait, été décrites, que nous nous contenterons d'énumérer :
Forme colitique, apparaissant sous l'aspect d'une sigmoïdite aiguë ou chronique. C'est plutôt là une complication.

Forme dyspeptique, à détermination surtout gastrique.

Forme hépato-vésiculaire, avec subictère ou même ictère franc, point douloureux vésiculaire.

Forme rectale, accompagnée d'hémorroïdes, de signes de rectite.

Forme hémorragique : hémorragies véritables ou colite hémorragique.

Forme nerveuse, se traduisant par de l'amaigrissement, de l'asthénie, de la dépression.

Signalons plus spécialement une forme à symptomatologie *urinaire*, qui dans notre obs. XXVIII a

donné lieu à de longues hésitations, avant l'établissement, uniquement radiologique, d'un diagnostic précis.

COMPLICATIONS.

Nous ne ferons également que les signaler, leur étude détaillée sortant du cadre que nous nous sommes proposé.

Elles peuvent être d'ordre :

Mécanique : volvulus.

Inflammatoire : sigmoïdite, péricigmoïdite, périviscérités.

Vasculaire : hémorragies.

Ainsi comprises, elles font presque partie de la symptomatologie dont elles ne sont en somme qu'une exagération.

Souvent aussi leur apparition vient subitement révéler l'existence d'un dolichosigmoïde jusqu'alors latent.

Elles posent dans certains cas une indication opératoire formelle — et d'ailleurs le but d'une thérapeutique chirurgicale, radicale ou non, est essentiellement de les prévenir ou d'éviter leur récurrence.

De cet aperçu clinique rapide, nous pouvons donc déduire :

Le *peu de valeur* que présentent les symptômes principaux, par suite de leur variabilité, de leur banalité.

Le caractère *trompeur* des signes accessoires, com-

pliquant souvent le diagnostic en déviant l'orientation des recherches.

En somme :

Le *peu de clarté* du tableau clinique, expliquant la difficulté que présente l'établissement d'un diagnostic, même approximatif, par les seules données de l'examen.

DIAGNOSTIC

En raison de son imprécision générale, le tableau clinique ne peut donc permettre, à lui seul, un diagnostic formel.

Tout au plus autorise-t-il une simple présomption — facile à confirmer sans doute — mais qui, d'abord, a dû être émise.

Rapporter les symptômes observés à une affection colique, et parfois *soupçonner* l'existence d'un allongement segmentaire;

Puis préciser dans un second temps la nature de cette affection — *vérifier* radiologiquement l'hypothèse envisagée cliniquement,

Telles seront donc les deux étapes généralement nécessaires pour établir avec certitude un diagnostic anatomique précis.

Diagnostic de présomption

L'attention n'est pas nécessairement attirée vers le côlon pelvien. Et c'est parfois après avoir éliminé de nombreuses hypothèses que l'on arrive à songer au dolichosigmoïde.

Mais il convient, avant d'entrer dans le détail, de rappeler ici une notion intéressante.

La fréquence des allongements segmentaires du côlon, leur importance en pathologie abdominale ont pu être discutées. On tend à leur accorder actuellement un peu plus d'attention.

Mais en ce qui concerne les sujets qui nous ont plus spécialement intéressé — les indigènes nord-africains — l'existence de ces malformations doit être envisagée avec des conceptions un peu différentes.

Leur fréquence, et celle, en premier lieu, du dolichosigmoïde, est en effet, chez eux, un fait bien connu, « l'un des plus caractéristiques de leur pathologie abdominale », dit P. Goinard, demandant en ces termes, que l'hypothèse en soit plus volontiers envisagée :

« Nous ne pensons pas assez, chez nos indigènes, au dolichosigmoïde... Nous abordons trop nos indigènes qui souffrent de l'abdomen — ceux qui ne sont pas européens — avec des concepts et des notions de fréquence que nous tenons de nos maîtres métropolitains, et qui ne sont pas valables ici. Ce n'est pas avec l'idée préconçue : appendicite, ulcus ou cholécystite qu'il faut les examiner. Nous demandons qu'on fasse plus grande et même très grande une place au dolichosigmoïde parmi les hypothèses de diagnostic. Nous pouvons dire parce que nous avons des souvenirs vécus sous chacune de ces affirmations : devant un indigène atteint d'un syndrome appendiculaire subaigu, d'une cholécystite apparente avec subictère, voire même — c'est si fréquent — d'hémorroïdes, pensons à vérifier la présence d'un dolichosigmoïde, ce qui ne veut pas dire forcément qu'on

l'opérera. Pensons à le rechercher sans cesse, mais non sans esprit critique, avec les ressources d'examens radiologiques prudemment interprétés. Le dolichosigmoïde étant confirmé, il restera d'ailleurs à apprécier la part qui lui revient dans les troubles abdominaux — mais ceci est une autre question ».

Ainsi ramenée à sa juste valeur, cette notion ne doit cependant pas être méconnue : rappelons qu'à l'origine de ces conclusions, était une enquête anatomique ayant, sur 23 cadavres d'indigènes, montré dans 17 cas (soit près de 75 %) un dolichosigmoïde (P. Goinard et P. Torreilles).

Voyons maintenant ce que l'on peut attendre de l'examen clinique.

Dans les cas les plus typiques, la constatation d'un groupement symptomatique représenté par de la constipation, des signes d'aérocolie, des crises douloureuses à répétition, permet, sinon un diagnostic anatomique précis, du moins une forte présomption en faveur d'un allongement segmentaire.

Chiray insiste à juste titre sur la valeur diagnostique de cette « triade symptomatique » qu'il a décrite à propos du dolichocôlon en général. Bien des auteurs ont insisté, après lui, sur l'intérêt certain de ce syndrome, lorsqu'il peut être mis en évidence. (« Crises subocclusives spontanément curables, survenant en série chez un constipé de longue date avec aérocolie ». Bocca). Malgré la valeur que leur confère leur coexistence, parfois aussi leur allure particulière, ces différents symptômes ne peuvent entraî-

ner cependant une interprétation immédiate et formelle.

Et bien plus encore dans les cas atypiques, où leur existence n'est pas évidente, où la symptomatologie s'entoure de divergences et d'imprécision, c'est seulement par éliminations successives que le diagnostic pourra être envisagé.

Devant une *crise douloureuse* de type subocclusif, la question d'une intervention d'urgence se pose fréquemment. L'évolution des symptômes et la notion de crises antérieures analogues permettent parfois l'orientation du diagnostic. Les autres causes de subocclusion ou d'occlusion complète doivent cependant être discutées : sténoses cancéreuses en particulier.

Lorsque prédominent les *signes dyspeptiques*, leurs caractères peuvent amener à leur reconnaître une origine colique, — qu'ils soient dus à un état dyspeptique secondaire ou traduisent une altération mécanique de l'estomac, comprimé, refoulé par un sigmoïde aérocolique. L'allure capricieuse du syndrome en constitue alors le caractère essentiel.

De même, dans les formes à symptomatologie *hépato-vésiculaire, rénale, hémorragique, nerveuse*, la première étape du diagnostic consiste à rechercher les autres causes possibles de ces manifestations, pour les éliminer, puis soupçonner, en dernier lieu, la malformation colique dont elles peuvent dépendre.

D'une façon générale, l'hypothèse, une fois émise, demande à être *vérifiée*. C'est la deuxième étape du diagnostic.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Un certain nombre de recherches complémentaires, d'intérêt très variable, peuvent être envisagées.

1° ETUDE COPROLOGIQUE.

Elle permet parfois de déceler une constipation réelle sous les apparences d'un transit normal — l'existence d'hémorragies occultes ou la présence de pus.

Elle peut apporter surtout quelques données intéressantes pour la conduite ultérieure du traitement médical.

2° RECTO-SIGMOÏDOSCOPIE.

Certains auteurs lui attribuent une importance considérable. Zorzi, Bensaude notent la facilité de pénétration habituelle du tube rectoscopique dans la branche efférente de l'anse sigmoïde (jusqu'à 25 et 28 cm.) ou, parfois, son arrêt précoce (10-12 cm.) au niveau d'un éperon, d'une coudure (Bensaude) liée par exemple à la bascule de l'anse dans la fosse iliaque droite (Zorzi).

La recto-sigmoïdoscopie permet également d'apprécier l'état de la muqueuse, souvent normale, plus rarement d'aspect enflammé, colitique.

L'intérêt pratique de ces différents examens est malgré tout assez restreint : ils ne portent que très incomplètement sur le segment colique anormal.

Diagnostic de certitude

ETUDE RADIOLOGIQUE.

Une seule méthode d'investigation présente une importance capitale, permet de confirmer une simple présomption, de préciser un diagnostic hésitant, de découvrir, éventuellement, un dolichosigmoïde latent : c'est l'*examen radiologique après lavement opaque*.

L'intérêt de l'*examen sans préparation*, de l'*épreuve du transit*, se limite en effet aux quelques éléments de présomption qu'ils peuvent apporter :

Images aérocoliques variées, prédominant en général au niveau de l'hypochondre gauche : niveaux liquidiens surmontés d'une tache claire;

Déformations gastriques et gêne de l'évacuation, appréciables dès le début de l'examen, et sur lesquelles nous avons déjà insisté plus haut;

Transit « anarchique » au niveau du côlon, — le plus souvent accéléré dans l'anse ilio-pelvienne et retardé en amont, amenant un remplissage homogène des segments normaux, mais très incomplet dans l'unique portion intéressante.

Seule, par contre, la méthode du *lavement opaque* permet d'obtenir un diagnostic précis, en apportant la preuve anatomique formelle de la malformation.

Une précaution « indispensable » est « l'évacuation préalable et soignée du gros intestin, non par purgation, mais par lavement évacuateur d'eau bouillie tiède précédant de peu l'injection barytée » (Chiray).

La quantité de baryte à injecter — sous basse pression — est assez variable. Dans le dolichosigmoïde vrai, la capacité ne devrait pas être augmentée. Un litre suffirait alors (Lardennois). Dans la majorité des cas cependant, le sigmoïde présente une remarquable tolérance, lui permettant d'admettre deux et trois litres de liquide opaque. Nous avons vu en effet que l'allongement pouvait s'accompagner d'un certain degré de dilatation.

Aspect de l'anse.

Le cliché radiologique ne suffit jamais à renseigner sur l'état de l'anse et sa mobilité, données indispensables pour poser l'indication opératoire et prévoir les difficultés de la libération. Les divers segments coliques apparaissent superposés, souvent confondus, il est délicat de suivre le trajet de leurs sinuosités surprises dans une position quelconque.

Et, bien mieux qu'une image statique unique, l'*examen radioscopique* permet d'étudier le comportement dynamique de l'anse, son mode de remplissage, sa sensibilité sous la main du radiologue qui palpe sous l'écran, — sa dissociation plus ou moins facile d'avec les autres segments coliques.

Tantôt, au fur et à mesure de la pénétration du liquide opaque, on voit l'anse « lovée en replis serpentiformes » dans le petit bassin, se développer et remonter plus ou moins haut dans la cavité abdominale. Les images obtenues sont, de ce fait, un peu artificielles : mais elles indiquent un dolichosigmoïde mobile, donc facilement extériorisable.

Tantôt déroulant ses sinuosités vers l'hypochondre gauche (ou la fosse iliaque droite), l'anse se remplit progressivement, avec, parfois, des temps d'arrêt; elle apparaît en situation abdominale haute, accolée en double canon de fusil au côlon descendant : le sigmoïde est fixé, son exérèse sera sans doute délicate.

La *palpation sous écran* est une manœuvre d'importance capitale. Elle décèle la douleur d'un segment colique irrité : sigmoïdite, mésosigmoïdite. Elle révèle l'adhérence plus ou moins intime de l'anse au côlon descendant, sa mobilité relative par rapport à lui, la constance de son allure morphologique, — tous éléments de première valeur, au regard de l'intervention ultérieure.

Cet examen doit être conduit par un radiologue averti, et de préférence en présence du chirurgien qui pourra de la sorte constater par lui-même toutes les caractéristiques du sigmoïde, faire préciser tous les détails qui lui paraissent de quelque importance en vue de l'intervention.

Calibre, tonicité.

L'examen sous écran renseignera également sur le *calibre* de l'anse, sa *tolérance*, sa *tonicité*.

Plusieurs éventualités sont à considérer.

Tantôt le calibre reste normal. « Et l'on est alors frappé de ce que la quantité habituelle de liquide baryté donné en lavement suffit pour remplir tout le cadre colique » (Lardennois et Aubourg).

Tantôt le sigmoïde est simplement plus tolérant,

et peut se dilater plus ou moins lorsque tout le cadre colique a été injecté.

Parfois enfin la dilatation se manifeste dès le début de l'examen, une torsion, une coudure gênant la progression, en amont, du lavement. Cet obstacle franchi, le calibre peut d'ailleurs redevenir normal.

Dans bien des cas la tonicité semble donc légèrement diminuée. L'anse facilement distendue présente un dessin régulier, sans incisures, la segmentation haustrale est peu marquée.

La tendance spasmodique paraît au contraire assez rare (obs. XV).

En admettant même que l'étendue de la réaction péritonéale soit assez délicate à évaluer, tous les renseignements concernant l'état *anatomique* et *physiologique* de l'anse anormale peuvent donc être demandés à l'examen radioscopique après lavement opaque.

C'est sur l'intérêt essentiel de cette méthode que nous tenions, surtout, à insister.

TRAITEMENT

« Dans la grande majorité des cas, dit Chiray, le traitement médical est seul indiqué ». Ses indications thérapeutiques relèvent moins, en effet, de l'anomalie elle-même, que de ses conséquences éventuelles. Et dans ces conditions un traitement symptomatique serait théoriquement suffisant, l'acte chirurgical devant être « uniquement réservé à certaines complications ».

L'intérêt d'une thérapeutique radicale, si l'on peut en attendre, avec des résultats satisfaisants, un maximum de sécurité, ne peut cependant être discuté.

Nous ne ferons qu'une revue rapide des diverses méthodes déjà préconisées.

I. — LE TRAITEMENT MEDICAL

Purement *symptomatique*, c'est avant tout le traitement de la constipation « établie ou en puissance » (Bensaude) par les moyens les plus courants.

Régime établi d'après les données de l'examen coprologique.

Laxatifs légers (Grauss, Girault) mucilagineux ou huileux.

Lavements, en dehors (Bocca) des crises de colite aiguë.

Physiothérapie plus accessoirement : électrothérapie, infra-rouges, gymnastique abdominale, massages.

Cures hydrominérales : Châtel-Guyon, Plombières, surtout.

Enfin, à l'occasion, *opothérapie*.

« Fidèlement suivi », le traitement médical a pu donner des résultats remarquables : diminution progressive de la longueur de l'anse, qui peut même se réduire à des dimensions presque normales (Kastner, Belot, Beclère, Duval et Roux, Alban, Giraud et Mlle Reichenecker, G. Durand, etc). Ces cas, toutefois, sont exceptionnels, et « le plus souvent, on n'obtient qu'une amélioration *clinique*, sans grande modification de l'état *anatomique* ».

De plus, cette amélioration ne se manifeste qu'à très longue échéance, et « les moindres infractions sont suivis d'une reprise des symptômes ».

L'indocilité, l'incompréhension des malades que nous avons plus spécialement en vue, rendent donc le traitement médical à peu près illusoire. Aussi dans bien des cas de cet ordre, les méthodes chirurgicales trouvent-elles de plus larges indications.

Le traitement médical conserve cependant toute sa valeur dans la *préparation à l'intervention*.

II. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les méthodes en sont très variées, tant dans le but qu'elles se proposent d'atteindre, que dans le principe sur lequel elles reposent.

Nous pouvons les diviser en deux groupes :

Les *méthodes indirectes*, agissant sur la motricité colique par l'intermédiaire du sympathique lombaire.

Les *méthodes directes*, agissant :

Sur les *sympômes* ou les *complications* par dérivation interne ou fixation de l'anse ilio-pelvienne;

Sur la *cause même*, par résection de la portion de cette anse en quelque sorte supplémentaire.

1° Méthodes indirectes.

Les sympathectomies

On admet à la suite des expériences de Bayliss et Starling, Langley et Anderson, Elliot et Barclay Smith, Adamson et Aird, etc., que le sympathique lombaire agit à la manière d'un frein sur la tonicité et la contractilité des parois coliques, exagérant au contraire celles des sphincters internes; favorisant ou provoquant ainsi la stase intestinale, son action peut donc être rendue responsable des modifications de longueur ou de calibre affectant le côlon terminal.

Les interventions sur le sympathique lombaire ont été réservées tout d'abord au traitement du mégacôlon; et c'est par la suite que leurs indications se

sont étendues à celui du dolichocôlon (Leriche) — du dolichosigmoïde en particulier (Goinard).

La *ramisection* fut d'abord tentée par Royle et Wade, puis Bartle (Section sous-péritonéale, du côté gauche des rami communicantes des deux premiers nerfs lombaires aux ganglions correspondant des branches efférentes internes, du cordon même du sympathique au-dessous du 4^e ganglion).

L'*exérèse bilatérale* des chaînes sympathiques au niveau des 2^e, 3^e et 4^e ganglions (Judd et Adson, Peet).

La *résection combinée* du plexus mésentérique inférieur et du plexus hypogastrique (Rankin, Learmonth),

La *résection isolée* du plexus mésentérique inférieur (Leriche, Learmonth, Gatellier et Merle d'Aubigné),

Ont été plus spécialement appliquées au traitement du mégacôlon.

Mais en ce qui concerne le dolichosigmoïde, une intervention plus simple et plus élégante est à l'heure actuelle assez en faveur.

C'est la *résection du splachnique gauche* par voie sous-péritonéale (Leriche, Wertheimer, Goinard).

Par cette méthode « très simple et très bénigne, dit P. Goinard, — presque une intervention de petite chirurgie », des résultats remarquables ont déjà été obtenus : amélioration fonctionnelle rapide, et, bien mieux encore, disparition en quelques mois de l'altération morphologique elle-même, telles sont les conclusions que pouvait tout récemment formuler P. Goinard (*in Algérie Médicale*, février 1939).

C'est-là, peut-être, la méthode de l'avenir. Mais les résultats jusqu'ici publiés (Wertheimer, Goinard, etc...), sont encore trop récents et en trop petit nombre pour la faire adopter d'une manière systématique.

De plus, la splanchnicotomie ne paraît pas pouvoir agir d'une façon réelle sur des adhérences inflammatoires anciennes et fibreuses. La fixité du sigmoïde, son accollement au côlon gauche ne relèvent pas des méthodes indirectes.

2° Méthodes directes

A. — Méthodes palliatives.

a) *Fixation.*

La simple fixation de l'anse ilio-pelvienne :

A la paroi (Nussbaum, Roter, 1880);

Au plancher pelvien (Wohn);

La fixation du mésosigmoïde à la paroi du flanc gauche (Roux, de Lausanne),

On été préconisés tour à tour — dans le but en particulier d'éviter la récurrence d'un volvulus.

Par leur simplicité surtout, ces diverses méthodes peuvent trouver leurs indications. Elles n'empêchent cependant ni la persistance des symptômes fonctionnels, ni la « possibilité de récurrences du volvulus autour du point de fixation pris comme axe » (Lecène). Elles exposent également à l'étranglement des anses grêles sur la corde péritonéale ainsi déterminée.

b) *Dérivation interne.*

De même que les précédentes, les méthodes de dérivation interne avec ou sans exclusion unilatérale (Finnsterer, etc.)

Cœcosigmoïdostomie;

Transverso-sigmoïdostomie;

Anastomose entre les deux branches de l'anse (Winiwarter et Trojanoff) associée parfois à la plicature du méso (Hagentorn);

— ne présentent que des indications très restreintes.

Car si elles réalisent au point de vue *anatomique* le court-circuit qu'elles se proposent d'établir, il n'en est pas de même au point de vue *fonctionnel*, les matières suivant malgré l'anastomose leur cours habituel — ou refluant dans le segment exclu, si l'exclusion unilatérale a été pratiquée.

L'anastomose entre les deux branches du sigmoïde, au niveau de leur origine, multiplie en outre, les chances de volvulus, par le déséquilibre qu'elle entraîne dans la statique de l'anse.

Ces différentes méthodes ne peuvent donc être qu'un *pis-aller*, à tenter par exemple sur une anse fixée par des adhérences trop étendues pour permettre une intervention plus radicale (obs. XXIV).

B. — Méthodes radicales. La Résection.

La résection apparaît, en effet, comme la méthode la plus rationnelle; mais encore faut-il que cette exérèse, pratiquée à froid, ne présente pas une gravité trop considérable.

Il serait difficile de faire admettre à des malades, présentant de simples troubles fonctionnels ou douloureux, une intervention en plusieurs temps, avec anus contre nature temporaire : infirmité que seul un accident aigu pourrait leur faire accepter.

Aussi l'extériorisation première, avec accollement des deux pieds de l'anse, puis section, puis cure de l'anus par entérostomie, ou suture extra ou intrapéritonéale ne peut-elle convenir que dans les dolichosigmoïdes compliqués d'occlusion, de volvulus, d'accidents inflammatoires aigus.

La tactique opératoire doit chercher à donner un résultat anatomique et fonctionnel satisfaisant, *en dehors des interventions sérieées*.

1° COLECTOMIE IDÉALE.

La colectomie en un temps suivie de suture termino-terminale *immédiate et totale*, opération de Reybard, a pu être pratiquée avec succès par certains auteurs (Lecène, Pauchet, Guimbellot, Launay (1925), Korasingew, Moure et Aumont, Bachy (1931), Hardouin (1935)...

Mais ce ne sont là que des « cas heureux » (Ockinczye), les seuls publiés : il faut donner au malade une sécurité plus grande, et cette intervention présente trop de dangers pour être couramment utilisée. Lecène n'osait la conseiller que dans les cas très favorables. Elle peut en effet, trouver dans l'intervention à froid pour dolichosigmoïde, des contre-indications moins formelles, car on agit sur une anse à vitalité conservée, à parois épaisses et résistantes. Il n'en

reste pas moins que ce mode de suture totale comporte trop de risques pour l'opéré.

2° TECHNIQUES ACTUELLES.

« Il vaut mieux guérir son opéré drainé que le voir mourir cousu » a dit un chirurgien. La suture termino-terminale doit être pourvue d'une « *soupape de sûreté* » qui permet à la fistule de s'ouvrir à l'extérieur, hors du ventre, si la cicatrisation ne se fait pas « *per-primam* ».

De là, sont nées diverses techniques, qui tout en conservant les avantages des anastomoses en un temps, donnent par un procédé spécial une marge de sécurité infiniment plus grande.

Nous n'en retiendrons que deux récemment exposées (dans le *Journal de Chirurgie*) et qui répondent à ce désir.

a) Résection en un temps, avec suture termino-terminale extériorisée.

Sénèque et Milhiet décrivaient dans le *Journal de Chirurgie* d'août 1935, une méthode très séduisante qui leur avait alors donné des résultats satisfaisants.

Nous rappellerons très brièvement leur technique — inspirée par Ockinczyc.

Large « Mac Burney » gauche.

Résection de l'anse extériorisée, après hémostase et section du méso.

Anastomose termino-terminale *totale* suivant la méthode du « bord à bord » de Robineau, par deux surjets séro-musculaire et muqueux.

Fermeture de la brèche mésocolique.

Extériorisation de l'anse par deux points au catgut, fixant l'intestin au péritoine pariétal et par deux mèches larges glissées entre les deux lèvres de l'incision et l'intestin.

L'anse réintègre progressivement la cavité abdominale au bout de quelques jours.

L'*Extériorisation* est « le temps essentiel qui sépare cette méthode de la méthode de colectomie en un temps classique... et met à l'abri des dangers pour lesquels cette dernière est à juste titre critiquée et condamnée »

b) *Résection en un temps avec anastomose subtotale extrapéritonisée* (Delore)

Exposée quelques mois après par Merz et Goinard (*Journal de Chirurgie*, février 1936), cette méthode est cependant bien plus ancienne. C'est le vieux procédé de Bouilly-Volkman renouvelé par Delore et appliqué par lui à la cure du dolichosigmoïde. Delore l'utilisait, à Lyon, depuis plusieurs années déjà.

Le principe de cette intervention est légèrement différent.

De propos délibéré, on laisse persister au niveau de l'anastomose une fistule colique étroite — véritable soupape de sûreté. Mais le péritoine pariétal est *entièrement refermé en arrière de l'anse* qui est refoulée à l'intérieur du ventre et réintègre la cavité abdominale, entraînant avec elle un entonnoir séreux; l'anastomose reste donc *extra-péritonéale*; la fistule se ferme *spontanément* et ne nécessite pas de cure ultérieure.

Voici les *temps principaux* de l'opération de Delore :

Laparotomie médiane sous-ombilicale courte (8-10 cm.)

Libération et extériorisation de l'anse.

Ligature et section du méso au niveau de la section intestinale.

Exclusion péritonéale par suture des deux lèvres du péritoine pariétal aux deux faces de l'anse et du méso. L'intervention se poursuit dès lors entièrement en dehors du péritoine.

Fermeture partielle de la paroi.

Section des deux pieds de l'anse, et

Anastomose termino-terminale subtotale en trois plans. Surjet séro-séreux d'adossement postérieur chargeant la tranche de section du méso-Surjets séro-musculaire et muco-muqueux.

Ces deux derniers sont arrêtés sur la face antérieure et ménagent un orifice permettant la mise en place d'un drain dans le bout afférent.

Surjet séro-séreux antérieur.

Réintroduction de l'anse suturée sous la paroi abdominale et rétrécissement de l'incision aponévrotique par deux ou trois points. *Pas* de suture cutanée.

Le drain est enlevé au 5^e jour.. La fistule colique se rétrécit, se forme progressivement, en même temps que se rétablit le transit normal.

Les *suites opératoires* sont remarquablement simples. L'infection pariétale ne présente qu'une importance minime et la cicatrisation est obtenue en règle générale dans un délai de *six semaines à deux mois* — parfois moins (10 *jours* : obs. XX).

Avantages de la méthode de Delore.

« Je n'oserais pas affirmer qu'elle est le dernier mot du progrès » disait Ockinczyc qui, rapportant quelques observations de Goinard à la Société de Chirurgie de Paris, semblait donner la préférence à la technique plus récente de Sénèque, exposée dans la thèse de leur élève commun Milhiet.

La méthode de Delore nous paraît cependant présenter sur celle-ci des avantages certains. La constance des bons résultats immédiats ou lointains dont témoignent nos observations est, du reste, un argument de valeur.

1° *La fistule.*

Le principal reproche que l'on peut faire à la méthode est la création systématique de cette *fistule colique* latérale. Pour en faciliter la fermeture, Delore a d'ailleurs été amené à la rétrécir progressivement, en diminuant le calibre du drain.

En réalité, la technique de Sénèque et Milhiet, expose à la fistulisation secondaire (2 fois sur 5 cas, dont une, large, nécessita une réintervention).

Cet inconvénient est donc relatif — et mieux vaut « diriger » la fistulisation que la subir, tant dans son siège que dans son étendue.

La fermeture est obtenue, dans les cas favorables en une *quinzaine de jours*. Lorsqu'elle tarde à se produire, l'orifice, *punctiforme*, est réduit à une simple fistulette qui ne laisse passer, de temps à autre, que quelques gaz ou matières liquides.

La *réintervention* pour cure secondaire n'a jamais été envisagée.

La fistulisation systématique n'enlève donc rien à la qualité du résultat. Tout au plus peut-on lui reprocher de nuire un peu à l'élégance de la méthode.

2° *L'incision médiane.*

La *suppuration pariétale* est constante dès que la fistule colique existe. Elle peut compromettre le résultat ultérieur.

Les risques d'infection sont bien moindres pourtant dans l'incision *médiane* au niveau de la ligne blanche, fibreuse, que dans l'incision *latérale*, par dissociation musculaire. Les grands droits, protégés, ne sont pas atteints, les muscles larges, au contraire, le sont presque fatalement.

C'est l'un des gros avantages de l'incision médiane.

En second lieu, la *réparation de la sangle abdominale* est plus facile, le plan fibreux de la ligne blanche pouvant être reconstitué dans sa presque totalité de part et d'autre du drain. Delore pratique d'ailleurs une laparotomie très courte et la sangle ne souffre pas de sa réparation incomplète.

Par contre, l'extériorisation de l'anse ne permet pas de suture pariétale dans l'incision latérale de Sénèque et Milhiet. Les muscles restent écartés, et 4 fois sur 5, une éventration s'est produite, ayant dans 3 cas nécessité une réintervention. Cela ne s'est jamais produit chez nos malades opérés par voie médiane.

Mais c'est surtout par la *facilité de l'exploration préalable* que se recommande l'incision sous-ombilicale.

Seule, elle permet de « regarder avant de toucher,

d'explorer avant de réparer » (Ockinczyc), — de se rendre un compte exact de la situation de l'anse, de sa forme, de ses rapports.

Quel que soit leur siège, les brides fibreuses qui unissent si souvent le sigmoïde aux éléments voisins, peuvent être libérées en toute sécurité, sous le contrôle de la vue.

Ce temps d'exploration préalable nous paraît nécessaire, bien préférable, sans aucun doute, à l'extériorisation aveugle du sigmoïde au travers d'un Mac Burney même élargi.

Il ne présente aucun inconvénient, par contre, au point de vue topographique. Si l'abord par la fosse iliaque amène directement sur le pied afférent de l'anse, la laparotomie sous-ombilicale conduit tout droit sur le pied efférent. L'anastomose est réalisée sur la ligne médiane et laisse le recto-sigmoïde dans sa situation normale. Chez l'homme à bassin étroit, l'écart est d'ailleurs assez minime.

On a reproché cependant à l'incision médiane d'exposer à *l'étranglement* d'une anse grêle sur le segment afférent du sigmoïde, tendu au travers de la cavité abdominale après la fixation. L'incision latérale ne présente pas cet inconvénient, d'ailleurs assez exceptionnel (1).

3° *L'extra-péritonisation.*

« Le temps capital, essentiel, celui qui assure la sécurité, reste en définitive l'extériorisation » dit Ockinczyc.

Or, *l'extra-péritonisation* constitue l'extériorisation

(1) Santy.

idéale, puisque toutes les sutures coliques sont faites hors de la cavité péritonéale. Celle-ci est complètement à l'abri de toute infection en cas de désunion ou de suppuration intestinale.

Le côlon suturé est sous-tendu à l'origine par ce plan péritonéal entièrement fermé. Son « aspiration » progressive dans la cavité abdominale l'enveloppe d'un « entonnoir séreux » réalisé par glissement. Ainsi se constitue un revêtement péritonéal supplémentaire qui rend la péritonite impossible, même si la fistule persiste et s'élargit.

La protection du ventre est donc parfaite, — bien supérieure à celle que réalise la technique de Sénèque et Milhiet. Dans celle-ci, en effet, l'anse est simplement suspendue par ses deux extrémités au péritoine pariétal; et son maintien à l'extérieur est surtout obtenu par deux larges mèches de gaze, glissées entre l'anastomose et les deux lèvres de l'incision. Si grâce aux propriétés d'accolement de la séreuse, la cavité péritonéale se ferme assez vite, il semble cependant que cette barrière (enlevée au 6^e jour) soit un peu précaire — et susceptible dans les cas malheureux d'être insuffisante.

La fermeture complète du péritoine au-dessous de l'anastomose, constitue à nos yeux un élément de sécurité bien supérieur à celui que représente la mise en place de compresses temporaires.

C'est pourquoi la technique de Delore, Merz et Goïnard, apparaît comme plus sûre au point de vue de la protection du péritoine; la présence du drain qui évacue les gaz coliques en évitant la désunion des sutu-

res rend peut-être la méthode moins élégante, mais elle ajoute à sa valeur... et à la sécurité de l'opéré.

L'extra-péritonisation étant obtenue, la *réintroduction* sous la paroi, laissée entre-bâillée ne présente aucun inconvénient. L'intestin, recouvert par un plan cellulo-fibreux, est mis à l'abri et se trouve dans de meilleures conditions pour se réparer définitivement. Les sutures ne sont pas exposées à être lésées par le contact du pansement superficiel, — comme cela semble se produire dans l'extériorisation « *extra pariétale* » de Sénèque et Milhiet. Ces auteurs recommandent, en effet, d'appliquer sur l'intestin des compresses vaselinées ou du tulle gras afin d'éviter toute adhérence, toute lésion de la suture au cours des pansements ultérieurs. Cette précaution semble indispensable, et la désunion qu'ils ont observée dans un cas, a peut-être été due à l'adhérence intempestive du pansement à l'intestin suturé ?

Résultats immédiats.

La technique de Delore donne lieu à des suites opératoires particulièrement simples.

Le *drain* tombe de lui-même entre le 5^e et le 8^e jour.

La *paroi* se défend aisément lorsque la fistule commence à déverser dans la plaie des matières liquides : la suppuration est toujours minime, n'entraînant qu'une très légère réaction fébrile.

La *fermeture de la fistule*, avons-nous déjà dit, se produit spontanément dans un délai de quelques semaines et ne constitue, dans les derniers temps, qu'une

infirmité très discrète. L'issue de bulles de gaz, l'écoulement de quelques gouttes de liquide au contact d'une paroi cicatrisée, n'empêchent pas le malade de s'alimenter, de mener une vie sensiblement normale en dehors même du milieu hospitalier; les pansements peuvent être de plus en plus espacés.

Mais, tant du point de vue fonctionnel que du point de vue anatomique, les *résultats éloignés* sont plus intéressants encore.

Résultats éloignés.

Ils sont, en général, très satisfaisants — sans préjudice de la technique opératoire utilisée.

RÉSULTATS FONCTIONNELS.

L'amélioration présentée par des sujets — une fois l'équilibre post-opératoire obtenu — porte sur les deux points qui les préoccupaient surtout : la constipation, les phénomènes douloureux.

Le « court-circuit » étant réalisé, le côlon évacue plus directement son contenu, gazeux, solide ou liquide.

La distension gazeuse en amont, qui était à l'origine de bien des phénomènes douloureux, disparaît la première, supprimant du même coup, les crises diffuses qui obligeaient le malade à restreindre de lui-même son alimentation, le contraignant à un régime réduit et sévère.

Les gastralgiques retrouvent leur appétit.

Ceux qui présentaient, à répétition, des crises d'obs-

truction ou de subocclusion, s'étonnent presque de se sentir le ventre libre.

Le transit colique, après la phase post-opératoire, redevient progressivement normal; et chez ces constipés de longue date, des selles quotidiennes sont obtenues spontanément, ne rappelant en rien, par leur consistance, ces matières dures, concentrées, ces gros fécalomes qu'ils n'arrivaient auparavant à émettre qu'à intervalles éloignés, au prix de gros efforts et parfois de souffrances, d'épreintes, de ténésme; l'irritation recto-colique, si fréquente, a disparu.

Une rééducation pendant la période hospitalière est souvent utile, pour habituer les opérés à se présenter régulièrement à la selle.

RÉSULTATS ANATOMIQUES.

Du point de vue *fonctionnel*, le côlon pelvien est donc redevenu sensiblement normal.

Et pourtant, l'examen radiologique pratiqué deux ou trois mois après l'intervention, révèle parfois au niveau de l'anastomose un certain degré de *sténose*, ou du moins une diminution appréciable du calibre colique. On peut alors se demander si la cicatrice circulaire n'est pas susceptible d'entraîner, ultérieurement, une gêne du transit.

En réalité, il n'en est rien. Ce léger degré de *sténose* est purement *anatomique* et ne s'accompagne pas de troubles fonctionnels. Le calibre est toujours suffisant, et le contraste est surtout *radiologique*.

Le lavement baryté distend, en effet, l'intestin d'une façon un peu anormale; au niveau de l'anastomose,

la paroi, qui a perdu sa souplesse primitive, ne se laisse pas forcer comme ailleurs, et ainsi apparaissent de fausses images de segments coliques distendus, séparés par un anneau rétréci inextensible.

Nous avons eu l'occasion de constater de tels faits chez certains de nos opérés. Cet aspect radiologique ne correspondait jamais à une gêne fonctionnelle quelconque.

Ce rétrécissement relatif est d'ailleurs l'exception — à condition toutefois que les règles de la technique des sutures soient bien observées : les surjets circulaires, séreux, musculaires ou muqueux, doivent être effectués sur des parois tendues par deux pinces ou fils de suspension, tant en arrière que sur la paroi antérieure — de manière à ne pas diminuer le calibre primitif. L'anastomose se fait sur un côlon anormal, généralement plus développé; la crainte du rétrécissement peut donc être assez minime.

Cependant, si l'on croit devoir redouter cette éventualité, rien n'est plus facile, pour obtenir une anastomose plus large que le tube colique, que de réaliser une section légèrement oblique de la paroi intestinale aux dépens de son bord libre, comme on le fait pour le grêle; ou encore d'user d'un petit artifice de technique : section longitudinale antérieure, sur 1 ou 2 cm., de la tranche colique, suivie de suture transversale (plutôt que résection en coin d'une des parties de l'anse); ce procédé peut également être utilisé pour rendre aux deux extrémités à suturer une congruence nécessaire, en égalisant leur circonférence.

Les résultats de cette exérèse sont cependant variables. Parfois, ils sont fonction de l'état antérieur

du malade, — de la précocité de l'intervention, — de l'ancienneté des troubles qui peut entraîner une paresse intestinale irréductible, — de l'intensité de la réaction péritonéale qui, après résection du sigmoïde, *primum movens*, continue à se développer sur les autres segments coliques : l'évolution ultérieure de cette mésentérite rétractile peut compromettre le résultat opératoire.

Tous les dolichosigmoïdes ne doivent donc pas être opérés. Il nous faut préciser quelles sont les indications de l'intervention.

Signalons auparavant une autre cause, heureusement peu fréquente, d'insuffisance des résultats. Il faut avant d'opérer un malade, lui faire comprendre le but de l'intervention, et l'amélioration qu'il doit en attendre. Le psychisme de nos indigènes Nord-Africains n'est pas toujours à la hauteur de cette conception; le fait qu'ils ont été opérés est pour eux synonyme d'impossibilité de reprendre une vie, une alimentation normales, de continuer leur service. Il se mêle à cette mentalité, un certain esprit de revendication, une majoration utilitaire en vue d'une pension à obtenir. Mais, nous devons le redire, ces cas sont assez rares, et les indications opératoires sont les mêmes, qu'il s'agisse d'indigènes Nord-Africains ou d'autres malades de race, de situation, de milieu social différents.

LES INDICATIONS DE L'EXERÈSE A FROID DANS LE DOLICHOSIGMOÏDE

Nous laisserons entièrement de côté, dans cette courte étude des indications de l'exérèse, les *dolichosigmoïdes compliqués* qui comportent une *intervention d'urgence* levant la cause de l'obstacle, — qu'il s'agisse d'occlusion totale par bride ou coudure, ou de volvulus aigu. Ceci ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes proposé.

Nous bornerons à signaler que, si les conditions anatomiques et surtout cliniques sont favorables, l'exérèse peut être pratiquée de la même manière que dans les cas vus à froid. On ne saurait cependant régler uniformément la conduite à tenir. Tout est cas d'espèce, et dans ces complications aiguës on fait ce que l'on peut, après avoir posé une *indication de nécessité*.

L'exérèse à froid doit par contre être discutée, car l'intervention, pour être bénigne et conduite avec les conditions de sécurité indispensable, ne s'impose pas d'elle-même. L'indication opératoire est ici, une *indication de choix, d'opportunité*, qui repose sur l'*intensité* et la *persistance* des troubles entraînés par l'allongement anormal de l'anse.

Sans revenir sur ce qui a été dit plus haut, on comprend dès lors que :

1° *La constipation chronique* opiniâtre, interrompue par des évacuations espacées, abondantes, pénibles, — signes analogues à ceux du mégacôlon congénital — soit justiciable de l'exérèse. Dans ce cas, il va sans dire qu'une longue préparation doit être réalisée : évacuation progressive du côlon par lavements, purgations répétées, — alimentation spéciale donnant peu de résidus — hydratation large du patient.

2° *Les phénomènes douloureux*, quels qu'en soient le type et le mécanisme (périviscérite, aérocolie, petites crises répétées de subobstruction ou de subocclusion), comportent de même une indication opératoire, lorsqu'ils résistent au traitement habituel (belladone, désinfection intestinale par le charbon, etc.).

3° *Les troubles gastro-intestinaux*, d'évolution et de symptomatologie si variables, à formes cliniques si diverses, relèvent également de l'intervention, lorsque la preuve est formellement établie de leurs rapports avec le dolichosigmoïde : un volvulus gastrique ne peut être réellement traité que par l'exérèse de ce côlon pelvien refoulant vers le haut la grande courbure et le bas-fond, — toute autre thérapeutique serait illusoire.

C'est sur ces indications qu'ont été opérés nos indigènes Nord-Africains; les résultats obtenus nous ont confirmé leur exactitude.

Contre-indications.

Mais ceci ne veut pas dire que *tous* les dolichosigmoïdes doivent être opérés. Beaucoup sont latents, —

simple découverte radiologique au cours d'examens pratiqués pour une raison indépendante de l'état colique. A la fréquence de cette malformation chez nos indigènes s'oppose la rareté des cas nécessitant une intervention : contre-indication en quelque sorte négative, à laquelle de nombreux facteurs viennent ajouter des contre-indications réelles :

L'exérèse ne doit pas être pratiquée lorsque le syndrome abdominal n'est qu'à son *début*. Ce que l'on sait des variations de l'anse ilio-pelvienne, de son évolution chez le même individu, laisse prévoir que la constatation fortuite, à la suite de troubles intestinaux récents, d'un allongement exagéré du sigmoïde, n'implique pas nécessairement le début d'un syndrome progressif. Il faut soumettre le patient à l'*épreuve du temps*, — et s'il y a lieu, d'un traitement médical suffisamment prolongé. C'est ce que nous disions plus haut en fondant l'indication opératoire sur la *persistance* des symptômes.

On pourrait objecter qu'une intervention précoce permet d'éviter l'apparition éventuelle d'accidents aigus. Sans doute, est-ce là une précaution qui peut se justifier par la suite; mais le principe de ces opérations préventives systématiques répugne quelque peu à notre sens bien français de l'équilibre et de la raison.

Dans le cadre des contre-indications cliniques, nous rangerons également les *tares individuelles*, les diverses lésions ou insuffisances viscérales que l'examen somatique permet de relever. L'intervention ne doit être proposée qu'aux sujets dont l'*état général est sa-*

tisfaisant (exception faite pour ceux dont la déficience organique est précisément liée au dolichosigmoïde).

Nous avons vu dans un de nos premiers cas (1) se développer au cours de la période post-opératoire, un syndrome de condensation pulmonaire de nature bacillaire, dont la lésion initiale était demeurée jusqu'alors latente.

Dans un ordre d'idées inverse, l'indication d'une exérèse a été rejetée (obs. non rapportée), chez une jeune fille qui, précédemment opérée d'appendicite, continuait à présenter un syndrome douloureux continu avec crises paroxystiques. Cette jeune fille, à sécrétions internes très déficientes, a vu son état s'améliorer progressivement par une cure climatique et hygiénique, — en même temps que disparaissait un syndrome psychique secondaire à l'affection colique.

La question de l'âge, liée à celle de l'état général, comporte les mêmes réserves. Tous nos sujets sont des adultes jeunes, chez qui les tares organiques sont peu accentuées. Chez le vieillard, l'indication opératoire doit être posée beaucoup plus rarement.

Enfin, nous ne voulons pas revenir sur les considérations de *psychisme* et de *milieu social*, auxquels nous avons déjà fait allusion, et qui n'interviennent qu'assez exceptionnellement.

Mais, il existe un autre ordre de faits qui nous paraissent devoir contre-indiquer l'exérèse : faits *anatomiques* dont certains ne peuvent être constatés qu'à l'intervention.

(1) Obs. XIII.

Tout d'abord, il est assez illogique de réséquer un dolichosigmoïde lorsque l'allongement s'étend aux *autres portions du gros intestin*. Enlever un segment de ce long tube colique est une intervention vraiment irraisonnée, puisqu'elle ne traite qu'une partie des lésions. Nous n'insistons pas, c'est là une question de bon sens clinique.

La colectomie totale qui pourrait dans ce cas paraître indiquée, ne se discute plus : très choquante, et suivie d'un déséquilibre fonctionnel considérable, elle a été, à juste titre, définitivement abandonnée.

L'état de l'anse peut également contraindre à rejeter une intervention radicale : un des avantages de l'incision médiane utilisée par Delore est, précisément de permettre, avant l'exérèse, l'exploration abdominale indispensable à ce point de vue.

Un sigmoïde bloqué par des adhérences fibreuses s'étalant depuis le méso sur l'anse elle-même et sur les segments coliques voisins, doit être entièrement libéré avant de pouvoir être extériorisé et traité hors du ventre. Or, cette libération expose à des lésions pariétales des éléments adjacents, la repéritonisation reste parfois précaire. Les sutures sont forcément abandonnées à l'intérieur du ventre — et nous sommes là bien loin de la bénignité demandée à l'intervention à froid, dont la gravité doit rester proportionnée à celle du syndrome clinique.

Aussi croyons-nous que des *adhérences diffuses*, très étendues, réalisant un véritable *blocage* de tout le côlon gauche, constituent une contre-indication anatomique de l'exérèse à froid. Nos obs. XXII

et XXIV en sont un exemple. Une anastomose latéro-latérale entre les deux pieds de l'anse ou entre son sommet et le côlon transverse (obs. XXII), pourrait être pratiquée si les troubles fonctionnels sont très accusés. Dans le cas contraire, on peut, comme dans notre observation XXIV, se borner à la simple laparotomie exploratrice...

L'exérèse ne sera donc pratiquée que sur une anse *libre, mobile*, ou dont l'extériorisation ne comporte que la section de brides *facilement réalisable, sans danger pour les organes voisins*.

Il nous a semblé nécessaire d'insister sur ces indications et contre-indications de l'exérèse à froid — afin de placer la question sur le terrain de la clinique raisonnée : *primum, non nocere*.

OBSERVATIONS

Nos observations I à XI ont été empruntées à la littérature et concernent des malades opérés *suivant la technique de Delore*, non seulement pour dolichosigmoïde (obs. VI, VIII, IX), mais pour mégacôlon (obs. III, V), volvulus (obs. I, II, IV, VII), sigmoïdite aiguë (obs. X), ou même cancer du transverse (obs. XI).

L'observation XII, nous a été récemment communiquée par M. le Docteur Goinard, chirurgien des Hôpitaux d'Alger.

Nos observations XIII à XXVII, enfin, se rapportent uniquement à des dolichosigmoïdes traités dans les services de chirurgie de l'hôpital militaire Desgenettes.

Les unes (XIII à XX) ont déjà été publiées (1). Nous nous sommes simplement efforcé de les compléter d'après les documents qui nous ont été confiés.

Les autres (XXI à XXVIII) sont inédites.

OBSERVATION I .— *Volvulus* (récidive). (Obs. VI, DELORE et BISCH.)

Homme de 30 ans, déjà traité : en 1913 par colosto-

(1) Goinard et Merz. *Loc. cit.*

mie (sigmoïdienne); en 1914, par anastomose cæco-sigmoïdienne. Guérison complète pendant 18 ans.

En mai 1932, nouvelle crise d'occlusion : intervention ; laparotomie médiane sous-ombilicale. Section de l'anastomose cæco-sigmoïdienne, suture de la brèche cæcale. Résection de l'anse tordue. Suture des extrémités avec orifice antérieur pour le passage d'un gros drain.

Au 5^e jour, nouvelle menace d'occlusion. Iléostomie qui s'oblitére spontanément en 8 à 10 jours.

Selles normales au 25^e jour, rétrécissement progressif de la colostomie et fermeture complète en 3 mois.

OBSERVATION II. — *Volvulus*.

(Obs. IX, DELORE et BISCH).

Homme de 51 ans. Constipation habituelle avec débâcles diarrhéiques. Obstruction intestinale aiguë par volvulus du côlon pelvien.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : énorme côlon pelvien distendu ; ponction, affaissement, extériorisation, détorsion. Mésentérite rétractile : méso court, épais, œdémateux, tractus blanchâtre sur les deux faces.

Résection. Suture incomplète ; drain dans le bout supérieur. Suites très favorables ; gaz au 2^e jour, matières au 6^e par le drain. Ablation du drain au 8^e jour. Lavements, débâcle de matières par les deux anus. Selle par l'anus normal le 25^e jour.

Fermeture spontanée de l'anus artificiel au 35^e jour.

OBSERVATION III. — *Torsion habituelle*.

(Obs. X, DELORE et BISCH).

Femme de 64 ans, constipée chronique avec débâcles diarrhéiques à la suite de lavements. Depuis 25 jours, subobstruction intestinale avec ondes péristaltiques, sans

vomissements, quelques gaz et matières. Mégacôlon à la radiographie.

Laparotomie iliaque gauche. Extériorisation du côlon pelvien très dilaté et épaissi, tordu ; méso rétracté entre les deux pieds de l'anse, œdémateux et couvert de brides blanchâtres (Mésosigmoïdite rétractile).

Résection du côlon pelvien : les deux bouts sont rapprochés et suturés incomplètement sur les 3/4 postérieurs, 3 plans de suture. Abouchements à la peau de la partie non suturée : drain dans le bout supérieur.

Suite des plus simples : *fermeture complète* de l'anus au 50° jour.

Revue en 1931 : disparition de la constipation.

OBSERVATION IV. — *Volvulus*.

(Obs. XI, DELORE et BISCH)

Mlle G..., 13 ans 1/2. Violentes douleurs abdominales depuis 24 heures, localisées à gauche. Le lendemain (24 déc. 192), selle rosée et muqueuse; quelques ondes péristaltiques : on soupçonne une invagination. Toucher rectal négatif.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Côlon pelvien dilaté, double de son calibre normal. Méésentère rétracté, sillon très net sur l'anse : torsion probable et détorsion spontanée.

Résection : section des deux pieds de l'anse, suture des 3/4 postérieurs, gros drain dans le bout supérieur. Fixation au péritoine pariétal.

Suites opératoires idéales : un mois après, la malade va à la selle par l'anus normal. *Oblitération progressive et spontanée* de l'orifice colique, totale au bout de 90 jours.

Revue en 1932, va très bien.

OBSERVATION V. — WERTHEIMER

(*Société de Chirurgie de Lyon*, 6 janvier 1934, in *Lyon Chirurgical*, 1934, p. 349. Obs. XII. GOINARD et MERZ.)

Enfant de 7 ans. Mégacôlon. Résection segmentaire du sigmoïde. Suture de la demi-circonférence postérieure, tube dans le bout supérieur.

Suites opératoires très simples.

OBSERVATION VI. — *Dolichosigmoïde avec troubles gastro-intestinaux.*

(GOINARD, rapport de H. OCKINCZYC. Obs. XIII, GOINARD et MERZ.)

Indigène de 60 ans. Cachectique. Constipation. Crises douloureuses. L'examen radiologique montre un dolichocôlon accentué.

Sous anesthésie locale, avec quelques bouffées de ké-lène, résection du dolichosigmoïde, anastomose immédiate en fistule *in situ*. Il y a un peu d'ascite et une pneumatose kystique du grêle.

Suites très simples. Gaz par l'anus naturel dès le sixième jour et matières le quatorzième. La fistule est presque terminée quand l'opéré repart chez lui au bout de *trois mois*.

Le lavement baryté indique un *rétrécissement large* sur l'emplacement de l'anastomose. Suites éloignées excellentes.

OBSERVATION VII. — *Volvulus*

(GOINARD, rapport de M. OCKINCZYC. Obs. XIV, GOINARD et MERZ)

Indigène de 50 ans, au 9^e jour d'une occlusion.

Sous rachianesthésie, extériorisation, détorsion d'une

anse sigmoïde volvulée de 180° dans le sens des aiguilles d'une montre. Exclusion, puis résection de l'anse. Anastomose termino-terminale en ménageant une fistule *in situ*.

Gaz par les voies naturelles dès le soir et selles le lendemain. Guérison complète en *un mois*. L'examen radiologique montre un rétrécissement large sur l'emplacement de l'anastomose.

OBSERVATION VIII. — *Dolichosigmoïde avec troubles gastro-intestinaux.*

(Obs. XV. GOINARD et MERZ.)

Aleb ben Abdelkader, 24 ans, chauffeur.

Depuis 2 ans, crises douloureuses dans le bas-ventre, avec fièvre. Constipation opiniâtre. Amaigrissement de 10 kg.

Point douloureux à droite. Examen radiologique : dolichosigmoïde occupant la fosse iliaque droite.

Intervention le 24 août 1935. (Lagrot et Goinard). — Anesthésie générale. Dissection de plaques de mésentérite rétractile sur les deux faces du méso. Résection selon la technique habituelle.

Suites simples; selles par l'anus au bout d'une semaine. Des gaz passent encore par la fistulette fin octobre.

OBSERVATION IX. — (M. le Professeur agrégé OCKINCZYC.)
Dolichosigmoïde.

(Obs. XVII. GOINARD et MERZ.)

Malade vu au lendemain d'une crise de volvulus dénoué spontanément sous la pression d'un lavement baryté explorateur.

Un mois plus tard, intervention, résection selon le procédé de Volkmann.

Cinq mois après persiste une fistulette, assez gênante pour que le malade désire en être débarrassé.

Fermeture par une intervention très simple permettant de corriger en même temps une tendance à l'éventration.

OBSERVATION X. — *Sigmoïdite aiguë avec diverticulite.*
Résection.

(Obs. III. DELORE et PUTHOD : traitement chirurgical des sigmoïdites. In *Revue de Chirurgie*, 1932, p. 149.)

Homme de 50 ans. — Troubles digestifs depuis un mois (faux besoins, diarrhée). Crise « appendiculaire » à gauche avec réaction péritonéale et fièvre. Masse perçue à l'entrée du petit bassin, assez mobile.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : anses grêles rouges, dilatées. S iliaque adhérente dans le pelvis. Séro-sité rougeâtre dans le Douglas. Le côlon pelvien extériorisé présente sur son bord libre un diverticule à parois amincies recouvert d'exsudats verdâtres, semblant prêt à la perforation. Parois de l'anse indurées sur 7 à 8 cm.

Résection d'emblée du segment induré, y compris le diverticule. Suture termino-terminale en trois plans, en laissant une déhiscence juste suffisante pour glisser un drain en amont. Résection de deux autres diverticules.

Suites étonnamment simples, fonctionnement parfait de la sonde de dérivation enlevée au 8^e jour. Selles par l'anus normal au 10^e jour.

Fistule intestinale tarie en *trois semaines*. Guérison d'autant de deux mois.

OBSERVATION XI. — *Cancer ulcéré de la partie moyenne du côlon transverse. Résection en un temps.*

Mme A..., 55 ans. — Début il y a 14 mois par un melœna. Nouveau melœna il y a 15 jours. La malade accuse

des douleurs à droite (probablement par obstruction légère). Perception d'une tumeur mobile à la palpation.

Intervention le 9 novembre 1934 (Delore). — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Extériorisation de la tumeur et du côlon transverse sur la partie moyenne duquel elle est située. Résection large autour de la lésion, ablation de quelques ganglions dans le mésocôlon.

Rétablissement de la continuité intestinale par suture des 3/4 postérieurs des tranches de section. Drain dans le segment afférent. Durée 3/4 d'heure.

Suites très simples, fermeture de l'orifice en cinq semaines.

Examen histologique : Epithélioma sans métastase ganglionnaire.

Guérison maintenue en mai 1935.

OBSERVATION XII. — *Dolichosigmoïde avec troubles gastro-intestinaux.*

(Due à l'obligeance de M. le Dr GOINARD)

Attalah ben Mohammed, 28 ans, infirmier, entre le 14 avril 1938 dans le service du Dr Goinard.

Depuis un mois, crises douloureuses quotidiennes au niveau de la fosse iliaque gauche, accompagnées de ballonnement et de vomissements après les repas. Anorexie, amaigrissement. De plus, constipation opiniâtre, — une selle tous les quatre ou cinq jours —, non améliorée par lavements, mais cédant à l'absorption de certains cachets (?).

Le diagnostic envisagé est celui d'ulcus gastrique.

A la Radioscopie : Estomac normal. Mais un lavement baryté montre : Dolichosigmoïde important, en situation sous-hépatique ; la fosse iliaque gauche, déshabitée, est douloureuse à la palpation sous écran.

Le traitement médical ne donnant pas de résultats, on se décide à intervenir.

Opération de Delore, suivant la technique habituelle.
Suites opératoires normales. Chute spontanée du drain au cinquième jour. Selle normale au quinzième jour.

Disparition progressive de la constipation, transit normal au moment de la sortie (30 juin).

Fermeture complète de la fistule en *trois mois*.

Amélioration fonctionnelle très nette. Les crises douloureuses, la constipation ont disparu.

La guérison se maintenait à l'époque où nous avons vu ce sujet (30 décembre 1938), huit mois après l'intervention, dont les résultats le satisfaisaient pleinement.

OBSERVATION XIII. — *Dolichosigmoïde avec troubles gastro-intestinaux persistants.*

(Obs. V, GOINARD et MERZ, complétée)

Salah, indigène nord-africain, 24 ans. A présenté avant son entrée à l'hôpital (décembre 1933) plusieurs crises douloureuses abdominales avec fièvre, vomissements répétés, alimentaires et bilieux, constipation, météorisme.

L'exploration radiologique (transit le 14 décembre 1933, complété le surlendemain par un lavement baryté) montre (Dr Buffé): une aérocolie très marquée au niveau d'une anse sigmoïde très longue et dilatée remontant jusqu'à la coupole diaphragmatique gauche et entraînant un volvulus presque complet de l'estomac. Le cæco-ascendant présente un aspect normal.

Intervention le 15 janvier 1934 (Delore et Merz). — Extériorisation par laparotomie médiane sous-ombilicale d'une longue anse sigmoïde à parois sensiblement normales. Le méso est couvert de tractus fibreux blanc nacré de mésentérite rétractile. Résection de l'anse, suture termino-terminale en trois plans des 2/3 postérieurs de l'intestin: drain dans le bout supérieur. Suspension de l'anastomose au péritoine pariétal et réinvagination dans l'abdomen.

Suites opératoires : Mise au net progressive de la plaie. Chute spontanée du drain et selle rectale au septième jour. La bouche colique se rétrécit, mais sa cicatrisation est entravée pendant plusieurs mois par l'évolution d'une tuberculose pulmonaire ouverte. En juin (cinq mois après), il ne reste cependant plus qu'une petite fistulette ne laissant passer que quelques gaz et matières liquides de temps à autre, et ne nécessitant pas une réintervention, d'ailleurs refusée par le malade.

Cette petite infirmité persiste encore en novembre quand le malade est perdu de vue.

Un contrôle radiologique pratiqué neuf mois après l'intervention montre un côlon gauche toujours dilaté, avec diminution sensible de la lumière colique au niveau de l'anastomose, mais sans que cela entraîne un trouble fonctionnel quelconque.

OBSERVATION XIV. — *Dolichosigmoïde avec troubles gastro-intestinaux.*

(Obs. VI, GOINARD et MERZ)

Rozoani, sergent aux Tirailleurs Tunisiens. A fait plusieurs séjours à l'hôpital pour douleurs abdominales éti-quetées embarras gastrique fébrile : sensibilité de la région épigastrique, vomissements bilieux à horaire variable, anorexie, constipation. Léger amaigrissement. Pas d'hyperchlorhydrie gastrique au tubage après injection d'histamine.

Exploration radiologique (Dr Buffé). — Tonicité et évacuation gastriques normales. Anse sigmoïde longue formant une large boucle très mobile dans la partie inférieure de l'abdomen.

Intervention le 8 juin 1934 (Delore et Gabrielle). — Mé-sentérite rétractile très développée sur les deux faces du méso. Résection. Suture término-terminale incomplète en

trois plans ; drain dans le bout afférent ; suspension et réinvasion de l'anastomose.

Suites opératoires des plus simples : chute du drain au septième jour, selle normale au quatorzième. La fistule colique se ferme spontanément et définitivement en un mois.

Le 30 juillet : cadre colique d'aspect normal à la radio. *Pas de diminution de calibre* au niveau de la zone de résection.

OBSERVATION XV. — *Dolichosigmoïde avec troubles digestifs persistants et sigmoïdite.*

(Obs. VII. GOINARD et MERZ, complétée).

Brahim ben Ali, tirailleur marocain, 40 ans. Entre à l'hôpital le 27 juin 1934 pour des troubles digestifs persistants dont il fait remonter le début à un an. Il accuse depuis cette époque une sensation de pesanteur abdominale, avec douleurs sourdes, continues, diffuses, mais prédominant au niveau de la région épigastrique ; une impression de « quelque chose (crapaud) qui l'empêcherait de respirer en remontant dans la poitrine ». Il présente surtout une constipation chronique considérable, avec impossibilité de selles spontanées pendant des périodes de 10 à 15 jours.

L'examen somatique est négatif, en dehors d'une légère distension abdominale et d'une défense discrète de la paroi, qui rend impossible la palpation profonde. Les examens chimiques ne montrent pas de modification des sécrétions gastriques.

Exploration radiologique (Dr Buffé). — Le transit baryté montre : Estomac à grand axe oblique plaqué contre la face inférieure du foie par une énorme aérocolie prédominant au niveau du descendant. Ebauche d'estomac en cascade, « Existence probable d'un mégacolon qui paraît être à l'origine des troubles dyspeptiques ».

Une vérification par lavement opaque entreprise ultérieurement nécessite l'injection de 3 litres de bouillie, un premier lavement de 1 l. 1/2 n'ayant pu remplir complètement le cadre colique. Elle précise l'existence d'un « volumineux mégacôlon » associé à un dolichosigmoïde dont le calibre paraît *réduit* par rapport aux autres portions du gros intestin (tendance spasmodique ?).

Intervention le 3 octobre 1934 (Delore et Merz). — Lésions encore peu accentuées de sigmoïdite chronique. Méso épais, sans mésentérite rétractile. Résection en un temps suivant le procédé habituel.

Suites opératoires normales. Ablation du drain le septième jour ; selle anale le lendemain. Rétrécissement progressif de la stomie colique. Au milieu de novembre, il ne reste qu'une petite fistule qui se ferme définitivement les premiers jours de décembre, *deux mois après l'intervention*.

Il persiste, par la suite, une certaine constipation. Mais les douleurs ont disparu.

Contrôle radiologique : Pas de diminution appréciable du calibre du côlon au niveau de la zone opératoire. Après le remplissage par la baryte, celle-ci se répartit uniformément dans le côlon en laissant vide la jonction du descendant et du segment restant du sigmoïde.

OBSERVATION XVI. — *Dolichosigmoïde avec crises de subocclusion.*

(Obs. VIII. GOINARD et MERZ, complétée).

Sliman, 24 ans, est envoyé à l'hôpital pour douleurs abdominales.

A son arrivée, on ne constate aucun symptôme objectif. Le ventre est souple, non douloureux, la palpation ne révèle rien d'anormal. Pas de ballonnement. Température et pouls normaux. Constipation habituelle.

Le lendemain, l'infirmière signale que son malade a présenté deux crises douloureuses dont la dernière a été accompagnée d'un vomissement. Mais tout est calmé au moment de la visite.

Quelques jours après, nouvelle crise douloureuse. Le malade souffre du bas-ventre, l'abdomen est ballonné dans la région sous-ombilicale, tandis que l'étage supérieur est plat. La percussion révèle une sonorité exagérée. A la palpation, on a la sensation d'une résistance élastique mais on se rend compte que peut-être la vessie est aussi distendue. Un sondage permet en effet de retirer 1 l. 1/2 d'urine. Le malade a un vomissement quelques instants après, évacue une abondante quantité de gaz et tout rentre dans l'ordre.

Nouvelle crise 24 heures après, avec des caractères analogues, facies tiré, coliques, ballonnement et tympanisme dans la région sous-ombilicale ; ondes péristaltiques. La palpation n'est pas douloureuse, mais le malade souffre à la décompression brusque.

Les crises se présentent donc comme de petites crises de subocclusion intestinale, et l'on émet l'hypothèse d'un volvulus incomplet du sigmoïde.

La radioscopie (Dr Buffé) après lavement baryté montre une anse sigmoïde longue et dilatée, dont les segments très mobiles ont une forme normale. La palpation sous écran révèle un point douloureux assez net, situé à la partie supérieure de la boucle sigmoïdienne.

Intervention le 27 mai 1935 (Delore et Gabrielle). — Laparotomie sous-ombilicale médiane. Dolichosigmoïde et lésions de mésentérite rétractile ancienne sous forme de plaques blanches indurées, rétractées, auxquelles adhèrent des tractus fibreux d'apparition plus récente. Rougeur péritonéale assez marquée, ascite libre en faible quantité.

Résection du sigmoïde suivant la technique habituelle.

Suites opératoires normales. Ablation du drain au qua-

trième jour. Evolution rapide vers la fermeture. Une fistulette persiste cependant jusqu'au début de septembre (*trois mois*).

Bon état général, mais persistance de quelques troubles gastriques fonctionnels.

OBSERVATION XVII. — *Dolichosigmoïde avec troubles digestifs persistants.*

(Obs. IX. GOINARD et MERZ).

Mohammed ben Taïeb, tirailleur marocain, 25 ans. — Depuis un an, épisodes douloureux abdominaux successifs: troubles dyspeptiques à allure de péricolite (douleurs commençant vers 10 heures du matin, se calmant après les repas et reparaissant 1 h. 1/2 après pour se prolonger parfois toute la nuit); quelques vomissements acides, constipation habituelle (selle tous les trois ou quatre jours), augmentant pendant les périodes douloureuses qui durent de 15 jours à 1 mois. Anorexie, amaigrissement. Abdomen météorisé, tympanisme plus marqué dans le flanc et l'hypocondre gauches.

Examen radiologique (Dr Buffé). — Estomac refoulé en avant et à droite par la masse intestinale, évacuation normale. Par lavement, on décèle une anse sigmoïde longue dont le sommet correspond à une zone de pneumatISATION de l'angle gauche. Dilatation du côlon droit.

Intervention le 5 mai 1935 (Delore et Merz). — Extériorisation d'une anse sigmoïde longue, mais d'aspect normal. Par contre, le pied du méso présente sur la face supérieure de larges plaques blanc nacré de mésentérite; la face inférieure est pliée et accolée par des brides fibreuses d'aspect analogue; quelques cuillerées d'ascite libre à ce niveau. (Inoculation négative).

Résection suivant le procédé habituel.

Suites opératoires très simples, une selle rectale le qua-

trième jour. Ablation du drain au cinquième. Au bout d'un mois, il ne reste plus qu'un petit pertuis qui ne laisse passer par intermittences que quelques matières liquides. Fermeture complète fin août, trois mois après. L'examen anatomo-pathologique n'indique qu'un épaississement considérable de la couche musculaire.

En septembre : bon état général, bon appétit, l'opéré ne souffre plus, a une selle tous les deux jours. Perméabilité complète du segment colique au niveau de la suture.

OBSERVATION XVIII. — *Dolichosigmoïde avec crises de subocclusion.*

(Obs. X. GOINARD et MERZ).

Chabene, 20 ans. Hospitalisé pour une affection quelconque, cet indigène tunisien présente, quelques jours après son entrée, une crise nette de subocclusion basse : douleurs vives à type de coliques, pas de vomissements, mais abdomen tendu, météorisé, surtout dans la moitié gauche ; à travers la paroi, se dessinent des mouvements de reptation très marqués. Au bout d'une demi-heure, évacuation abondante de gaz et quelques matières. L'abdomen s'affaisse. Le malade, malingre, peu étoffé, aurait présenté des symptômes analogues à plusieurs reprises avant son incorporation.

Lavement baryté (Dr Buffé) ; Sigmoïde et côlon descendant très allongés, de calibre très augmenté. L'anse oméga remonte jusque sous la coupole diaphragmatique, elle est libre dans l'abdomen ; vidée de gaz et emplie de baryte, elle retombe tout entière au-dessous du transverse. Calibre un peu large et aérocolie du côlon droit.

Intervention le 10 juillet 1935 (Delore et Merz). — Extériorisation d'une énorme anse sigmoïde de 70 cm. de long., libre, d'aspect normal ; méso épaissi et induré par

places, avec des plages et des tractus de mésentérite rétractile. Accolements partiels du méso, atteignant, en certains points, le bord mésentérique de l'intestin. Gros vaisseaux dilatés, petits ganglions banaux (pas de lésion inflammatoire à l'examen histologique, de même qu'au niveau de la paroi colique). Quelques cuillerées d'ascite libre dans le bassin.

Résection de l'anse suivant la technique habituelle.

Suites opératoires banales : ablation du drain au cinquième jour. Trente jours après, il ne reste plus qu'un petit pertuis qui s'oblitère spontanément en 15 jours, soit *un mois 1/2* après l'intervention.

Reprise de poids. Etat général meilleur. Selles normales. Exploration radiologique : côlon gauche court et de calibre régulier.

OBSERVATION XIX. — *Dolichosigmoïde avec douleurs abdominales persistantes.*

(Obs. XI. GOINARD et MERZ, complétée).

Bark, 25 ans, tirailleur marocain. Souffre depuis plusieurs années du ventre : syndrome douloureux postprandial, mais à horaire irrégulier, à siège épigastrique et ombilical, variant d'intensité, mais ne cédant jamais complètement. Constipation rebelle. Anorexie. Amaigrissement marqué. Abdomen relâché et sonore.

Le diagnostic d'ulcère pylorique doit être abandonné devant les résultats négatifs chimiques (hypochlorhydrie) et radiologiques (Estomac orthotonique et transit gastro-iléal normal). Un complément d'exploration (Buffé) montre un dolichocôlon gauche de calibre un peu augmenté et une dilatation du côlon droit.

Intervention le 19 juillet 1935 (Delore et Merz). — Anse oméga longue, d'aspect normal, appendue à un méso épaissi, induré, présentant des plaques blanc nacré de

mésentérite rétractile. Pas d'ascite. Résection suivant la technique habituelle.

Suites opératoires remarquablement simples. Selles rectales dès le quatrième jour. Ablation du drain le cinquième. *Trois semaines après*, l'écoulement des matières liquides ne nécessite plus de pansements journaliers. En *deux mois*, la fistule est complètement fermée.

Bon état général, reprise de poids, bon appétit. Le malade ne souffre plus et va à la selle tous les jours sans difficulté, quoiqu'il existe une image radiologique de sténose large au niveau de l'anastomose.

OBSERVATION XX. — *Dolichosigmoïde avec crises répétées de subocclusion.*

(Obs. XVI. GOINARD et MERZ).

Larbi, 24 ans, indigène marocain. Présente un syndrome d'apparition récente de subocclusion basse ; crises douloureuses dans la région sous-ombilicale gauche, durant une heure, sans troubles fonctionnels, quotidiennes et même biquotidiennes. Bon état général.

Examen radiologique (Buffé) : Longue anse oméga mobile, proche d'un cæcum haut placé. Le point douloureux correspond au sommet de la boucle sigmoïdienne.

Intervention le 31 octobre 1935 (Delore et Merz). — Extériorisation de l'anse, non altérée ; mésentérite rétractile. Exclusion péritonéale, résection et suture subtotale sur drain, en deux plans. Suture pariétale.

Suites opératoires parfaites : Ablation du drain au cinquième jour, selle rectale quotidienne. Aucune matière ne passe par la fistule qui est pratiquement fermée au bout de *dix jours*.

OBSERVATION XXI (*Inédite*). — *Dolichosigmoïde*
avec crises de subocclusion à répétition.

Djilali ben Mohammed, tirailleur marocain. Entre le 23 avril 1936 à l'infirmerie régimentaire de Bourg pour un syndrome partiel d'occlusion intestinale : violentes coliques avec hoquet persistant, survenues brutalement après l'exercice du matin. Distension abdominale, météorisme qui cèdent à l'application d'une sonde rectale et l'émission d'une notable quantité de gaz. Evacuation abondante de matières après lavement de 100 cc.

Quelques vomissements porracés, le lendemain, après une nuit assez agitée. Facies angoissé. L'intervention est cependant différée, devant la rétrocession progressive et spontanée des divers symptômes. Glace, diète absolue. La température et le pouls redeviennent normaux, mais les phénomènes douloureux persistent et le malade est évacué sur l'Hôpital Desgenettes pour examen plus complet — radiologique en particulier — de son tube digestif.

Celui-ci est pratiqué dès l'arrivée, alors que les troubles ont complètement disparu. Le lavement sous écran montre un dolichosigmoïde de moyenne longueur mais de calibre légèrement augmenté.

Quelques jours après, nouvelle crise de subocclusion passagère avec parésie vésicale qui cède assez facilement. (Torsion incomplète du sigmoïde ?).

Une intervention est proposée deux jours plus tard au malade, mais il la refuse et ne se décide qu'après une troisième crise plus violente que les précédentes.

Intervention le 25 mai 1936 (Delore et Gabrielle). — Petite incision médiane sous-ombilicale. Exploration du sigmoïde ; on trouve des lésions de méésentérite rétractile ancienne et un peu de liquide ascitique dans la cavité péritonéale. Résection de l'anse suivant la technique habituelle. Appendicectomie.

Suites opératoires normales. Chute du drain au cinquième jour, selle rectale le dix-septième. A la sortie, *deux mois plus tard*, le résultat fonctionnel paraît excellent. Pas de douleurs, selles régulières, bon état général. Il persiste un très léger suintement cutané au niveau de la cicatrisation opératoire, mais *pas de fistule*.

Revu le 17 octobre 1936. Bon résultat fonctionnel.

Contrôle radiologique : Le lavement baryté remplit facilement tout le cadre colique. *Pas de rétrécissement* au niveau de l'anastomose.

OBSERVATION XXII. — *Dolichocôlon total, avec troubles gastro-intestinaux persistants. Sigmoidé très allongé, fixé par de larges adhérences ne permettant pas l'exc-rèse. Simple laparotomie exploratrice. Traitement médical.*

Djilali ben Kaddour, indigène Nord-Africain. Entre le 7 octobre 1936 pour troubles gastro-intestinaux persistants: syndrome douloureux diffus, sans localisation constante ni précise, peu intense, sans horaire fixe; remontant à plusieurs années, mais plus accentué depuis quelques mois. Constipation légère habituelle. Pas de vomissements. Appétit conservé, mais anorexie élective pour la viande. Amaigrissement.

Abdomen souple, mais atone, sonore; sensibilité diffuse à la pression, plus marquée dans la région épigastrique et l'hypochondre gauche.

L'examen clinique, peu net, est complété par une *exploration radiologique*: Pas de lésions gastro-duodénales mais une aérocolie généralisée due à un dolichocôlon total. Le côlon droit est très dilaté. A gauche, anse sigmoïde très longue remontant jusque sous la coupole diaphragmatique, refoulant l'estomac vers la droite.

Intervention le 19 novembre 1936 (Delore et Merz). —

Laparotomie exploratrice sous-ombilicale qui montre : Mésentérite adhésive accolant et fixant les différents segments du côlon gauche et ne permettant pas d'extérioriser le long sigmoïde pour en effectuer la résection. Un peu de mésentérite rétractile, pas d'ascite. On renonce à pratiquer une plus large intervention, les signes cliniques et fonctionnels n'étant pas suffisants.

Suites opératoires simples. Désinfection intestinale, laxatifs et lavements, régime léger. Evacuation sur la région d'origine.

OBSERVATION XXIII (*Inédite*). — *Dolichomégacôlon.*
Syndrome très discret de subocclusion.

Bouazza ben Aïssa, tirailleur marocain. Entre le 15 janvier 1937 à l'infirmerie régimentaire de Bourg avec un léger ballonnement de l'abdomen et un arrêt des matières datant de deux jours. Douleurs peu intenses, pas de vomissements, température et pouls normaux.

Mais le lendemain, le météorisme augmentant progressivement, on se décide à intervenir (Gabrielle).

Anesthésie rachidienne. Quelques instants après, débâcle partielle qui soulage le malade et fait surseoir à l'intervention. Le malade est évacué sur l'Hôpital Desgenettes pour complément d'examen.

Exploration radiologique le 21 janvier 1937 : Lavement baryté de 3 litres n'arrivant pas à remplir entièrement le cadre colique. Le diamètre des différents segments est très augmenté, l'anse sigmoïde, seule très allongée, forme une très grande boucle remontant jusqu'à l'angle splénique et se continue au niveau de la crête iliaque avec un descendant de volume énorme en situation médiane. Le transverse est vraisemblablement en arrière.

Dolichomégacôlon considérable, l'allongement portant

surtout sur le sigmoïde, l'augmentation de calibre sur le descendant et le transverse.

Intervention le 28 janvier 1937 (Delore et Gabrielle). — Résection suivant la technique habituelle.

Suites opératoires simples : Chute du drain au quatrième jour, selles rectales biquotidiennes dès le dixième jour. Lever au vingt et unième. Vers le milieu de mars (1 mois et demi), il ne persiste plus qu'une fistulette donnant très peu de matières et permettant des pansements de plus en plus espacés. La cicatrisation complète n'est obtenue cependant qu'au bout de *trois mois* (mai 1937).

OBSERVATION XXIV (*Inédite*). — *Dolichocôlon gauche avec troubles gastro-intestinaux. Adhérences étendues. Anastomose transverso-sigmoïdienne.*

Bouchaïb ben Hadj Mustapha. A déjà été hospitalisé en 1935 pour un syndrome digestif rapporté, à cette époque, à un « mégadolichocôlon ». Il revient (14 juin 1937) avec des troubles plus accentués : vomissements, douleurs épigastriques, constipation opiniâtre, météorisme abdominal.

Les examens radiologiques actuels (29 juin 1937) confirment l'existence d'un dolichocôlon. Un lavement baryté pénètre facilement et montre : une anse sigmoïde très longue remontant jusqu'à l'hémicoupe gauche pour redescendre jusqu'à la crête iliaque. Le descendant est également replié sur lui-même, le transverse et l'ascendant sont sensiblement normaux.

Intervention le 3 août 1937. — Le sigmoïde est fixé au côlon descendant par des adhérences étendues. Sa libération en vue d'une résection paraît hasardeuse et l'on se contente de pratiquer une *anastomose transverso-sigmoïdienne*.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXV. (*Inédite*). — *Dolichosigmoïde*
avec troubles gastriques. (GABRIELLE.)

Mohammed ben Abdallah, tirailleur marocain.

Evacué de l'infirmerie régimentaire de Bourg où il était entré (18 avril 1938) pour un syndrome douloureux gastrique : douleurs épigastriques violentes, presque continues, avec paroxysmes post-prandiaux, s'accompagnant parfois de vomissements. Constipation opiniâtre. Amaigrissement notable depuis 1 ou 2 mois. Insuffisance hépatique.

Un premier examen radioscopique montre : un estomac refoulé en masse à droite de la ligne médiane. Pylore et bulbe normaux. Une petite encoche de la grande courbure fait envisager l'hypothèse d'un ulcus gastrique. Transit légèrement retardé dans l'ensemble. Foie volumineux avec déformation de la région pylorique pouvant faire penser à des adhérences. Traitement de l'insuffisance hépatique puis évacuation sur l'Hôpital Desgenettes pour complément d'examen et intervention éventuelle.

Une exploration radiologique plus complète pratiquée dès l'arrivée confirme la déformation de l'estomac par une énorme aérocolie gauche, mais ne montre aucun signe pathologique au niveau de cet organe. Par contre un lavement baryté révèle un allongement considérable de l'anse sigmoïde qui, refoulant l'estomac au delà de la ligne médiane, se développe dans la fosse iliaque et le flanc droits, et remonte jusque dans l'hypochondre en se superposant au côlon ascendant.

Intervention le 17 mai. — Résection et anastomose subtotal, suivant la technique habituelle.

Suites opératoires particulièrement simples : Chute du drain au cinquième jour, selles rectales à partir du quatorzième. Fermeture complète de la fistule le 13 juin soit en 26 jours.

OBSERVATION XXVI (*Inédite*). — *Dolichosigmoïde.*
Subocclusion par torsion cédant à une rachianesthésie.
Résection à froid.

Lhassen, tirailleur marocain. Est hospitalisé d'urgence (17 août 1938) pour un syndrome douloureux aigu de l'hypochondre gauche. Pas de vomissements, pas de nausées. Pouls ralenti (tombant en 1 heure de 72 à 55). Température 36°7.

Une rachi-anesthésie, pratiquée en vue d'une intervention immédiate, amène une débâcle rapide. Abstention.

L'exploration radiologique: lavement baryté le 20 août, montre : Dolichosigmoïde en situation abdominale droite décrivant une longue boucle dans la région sous-hépatique. Il existe également une boucle anormale au niveau de la portion initiale du côlon descendant.

Intervention le 22 août (Sarroste). — Résection du sigmoïde selon la technique habituelle.

Suites opératoires normales. Chute du drain au quatrième jour, selles rectales au septième, neuvième, puis quotidiennes. La fistule est pratiquement fermée *deux mois* après l'intervention, lorsque l'opéré est renvoyé à son corps (22 octobre). Il revient cependant la semaine suivante, l'oblitération complète étant cette fois obtenue au bout de quelques jours.

OBSERVATION XXVII (*Inédite*). — *Dolichosigmoïde.*
Subocclusion. (Syndrome appendiculaire).

Behloul, Indigène Nord-Africain. Entre le 31 août 1938 en état de subocclusion. Fosse iliaque droite douloureuse, vomissements. Température, 38,8, pouls à 110.

Une radiographie sans préparation montre une énorme dilatation colique gauche, avec niveau horizontal.

Dolichosigmoïde. Aérocolie rétrograde.

Intervention le 8 septembre 1938. — Résection du sigmoïde suivant la technique habituelle.

Suites opératoires très simples. Selles rectales dès le deuxième jour. Rétrécissement progressif de la fistule. Lever au trente-cinquième jour. Fermeture pratique de la colostomie le 20 octobre 1938, soit *six semaines après l'intervention*. A ce moment :

Contrôle radiologique : Le lavement baryté montre une diminution de calibre assez importante au niveau de la zone opératoire. La bouillie marque un temps d'arrêt avant de franchir ce barrage anatomique, lequel ne semble entraîner d'ailleurs aucun trouble fonctionnel.

Le malade revient quatre mois environ après l'intervention, se plaignant depuis deux jours d'une douleur para-ombilicale. Mais on ne décèle pas d'autres troubles fonctionnels et les divers examens radiologiques pratiqués ne montrent qu'une aérocolie assez marquée, refoulant fortement l'estomac, lui donnant un aspect de fausse biloculation.

Palpation indolore, en dehors d'un léger point douloureux au niveau du bas-fond cæcal.

Le calibre du sigmoïde est *redevenu normal* et l'on ne trouve plus trace, au niveau de l'anastomose, du rétrécissement signalé précédemment.

OBSERVATION XXVIII (*Inédite*). — *Dolichosigmoïde avec troubles urinaires. Adhérences localisées. Résection.*

Driss ben Ahmed, tirailleur marocain. Entre le 14 août 1938 pour un syndrome de polyurie alternativement claire et trouble, avec douleurs persistantes de l'arbre urinaire (?) gauche, datant de 1 mois 1/2. Spécificité ancienne.

Tous les examens anatomiques et fonctionnels de l'appareil urinaire sont négatifs. Inoculation négative. Cepen-

dant, le malade continue à souffrir du flanc gauche d'une façon persistante. Douleurs continues, sans paroxysmes nets, sans modifications de la paroi abdominale. Météorisme modéré. Le rein paraît hors de cause, il semble s'agir d'une affection intestinale d'évolution chronique, apyrétique ; constipation habituelle ; peu d'appétit. Sujet plutôt malingre, asthénique, d'ailleurs presque continuellement couché.

L'exploration radiologique confirme cette hypothèse. Un lavement baryté (19 novembre 1938) montre un sigmoïde de calibre normal mais très allongé, dessinant une longue boucle qui remonte jusqu'à l'angle splénique. La palpation sous écran est douloureuse à son niveau. Les autres segments coliques paraissent normaux, le remplissage est obtenu avec une quantité de baryte normale. En raison de la persistance des douleurs, on décide l'intervention.

Intervention le 1^{er} décembre 1938 (Merz, Sarroste, Simon). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le sigmoïde n'est qu'en partie extériorisable. Le sommet de l'anse est fixé par de vieilles adhérences épaisses de mé-sentérite rétractile contre la partie supérieure du côlon descendant. Ligature et section des brides, libération de haut en bas et extériorisation de l'anse. Le pied est de même fixé, avec coudure en double canon de fusil, au côlon iliaque, par des adhérences plus minces, blanches, fibreuses, qui sont également liées et sectionnées.

Extériorisation complète de l'anse qui se développe sur 30 cm. environ. Ligature et section du méso dont toute la face supérieure est dépéritonisée par les manœuvres de décollement. L'intervention est poursuivie selon la technique habituelle. Pas de suture cutanée ; mèches imbibées de sérum anticolibacillaire, un peu de matières ayant fait issue par le bout afférent au moment de la résection.

Suites opératoires normales : chute du drain au sixième jour. Actuellement (13 janvier 1939), la fistule incomplètement oblitérée laisse encore échapper de temps à autre un peu de matières. Mais le malade ne souffre plus, va régulièrement à la selle et se montre enchanté du résultat de l'intervention.

CONCLUSIONS

1° Le dolichosigmoïde se rencontre très fréquemment chez les indigènes Nord-Africains.

La persistance et l'intensité des troubles fonctionnels qu'entraîne cet allongement de l'anse ilio-pelvienne peuvent être justiciables d'une intervention.

2° Le dolichosigmoïde s'accompagne le plus souvent de *mésosigmoïdite* et de *périviscérite gauche* déterminant, plus que l'allongement même de l'anse, des variations considérables dans son état anatomique, sa mobilité, son fonctionnement.

3° Le syndrome clinique est représenté surtout par des *troubles du transit*, des *phénomènes douloureux* de type très variable, des *troubles gastro-intestinaux*, — en dehors des accidents aigus de torsion, volvulus, ou coudure.

Des signes secondaires, signes *d'emprunt*, contribuent souvent à égarer le diagnostic; et celui-ci ne peut être posé de façon formelle que par *l'exploration radiologique*.

A côté des *méthodes indirectes*, modernes, agissant sur l'innervation du côlon gauche, la *résection à froid* du dolichosigmoïde *non compliqué* conserve

toute sa valeur, tant que la chirurgie de fonction n'aura pas complètement supplanté la chirurgie d'organe.

5° *L'exérèse en un temps* doit être préférée aux interventions sériees, difficilement acceptées par le patient en dehors des accidents aigus. Mais elle doit être conduite, grâce à certains procédés, avec le *maximum de sécurité*.

6° *L'opération de X. Delore*, dérivée de la méthode de Bouilly-Volkman (résection en un temps avec anastomose termino-terminale *subtotale extra-péritonisée*), ne paraît pas être inférieure à celle de Sénèque et Milhiet (résection en un temps avec anastomose termino-terminale *totale extériorisée*), malgré la création systématique d'une fistule colique *in situ*.

7° La fistule colique, latérale, au niveau de l'anastomose, se ferme *spontanément*, sans nécessiter de réintervention. Elle constitue une « soupape de sûreté » toujours utile dans la chirurgie du côlon gauche.

8° La *suture du péritoine pariétal* au-dessous de l'anastomose exclut complètement celle-ci de la cavité péritonéale. La réintroduction rapide de l'anse sous la paroi, l'entoure d'un entonnoir séreux protecteur donnant une sécurité absolue.

9° La laparotomie sous-ombilicale *médiane* permet facilement toutes les manœuvres *d'exploration* préalable et de *libération* de l'anse, rend plus bénins les *accidents infectieux* pariétaux provoqués par la fistule colique. Elle est, enfin, compatible avec une bonne *réparation* de la sangle abdominale.

10° Les résultats excellents que nous avons constatés dans presque tous nos cas, se maintiennent par la suite, tant au point de vue *fonctionnel* qu'au point de vue *anatomique*, malgré un aspect radiologique de sténose large, parfois observé au niveau de l'anastomose.

11° En dehors des complications aiguës du dolichosigmoïde, les indications de l'exérèse à froid doivent être discutées. Elles sont basées sur la *persistance* et l'*intensité* des troubles fonctionnels, après échec du traitement médical suffisamment prolongé.

L'intervention à froid ne doit être proposée qu'aux malades *jeunes*, ne présentant pas de *tares* organiques ou viscérales.

12° La résection du sigmoïde ne doit pas être pratiquée lorsque l'allongement s'étend aux *autres segments* du cadre colique.

De même l'intensité du processus d'*adhérences* bloquant tout le côlon gauche, contraint parfois à y renoncer — toujours en dehors des accidents aigus.

L'exérèse, à froid, du dolichosigmoïde *non compliqué*, doit rester une intervention bénigne, en rapport avec le pronostic purement fonctionnel de ce syndrome clinique.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
SANTY.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 2 Juin 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — Volvulus de l'S iliaque. *Soc. chir.*, t. 46, p. 1456, 15 déc. 1920.
- AUBOURG. — *Revue des agents physiques*, t. IV, p. 407.
- BENSAUDE. — Maladies de l'intestin, t. II, p. 120. Masson, 1932.
- Traité d'endoscopie, rectoscopie, sigmoïdoscopie. Masson, 1926.
- BENSAUDE et MONOD. — Le Dolichosigmoïde. *Annales de Médecine*, t. 37, p. 364, avril 1930.
- BÉRARD et PATEL. — Les occlusions intestinales par couture de l'angle colique gauche. *Revue de Chirurgie*, mai 1903.
- BERLIN, TARNOPOLSKAJA et GRANAT. — Le Dolichocôlon et sa valeur clinique. *Archives des malades de l'Appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 25, n° 3, avril 1935.
- BERNARD et DE TAYRAC. — Les Dolichocôlons. *Gazette des Hôpitaux*, n° 50, 22 juin 1935.
- BIANCARDINI. — Le volvulus du côlon pelvien et son traitement. *Thèse d'Alger*, 1936.
- BOCCA. — Etude critique du dolichocôlon. *Lyon Médical*, 13 mars 1938.
- Le Dolichocôlon. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 sept. 1938.
- BOPPE. — Traitement chirurgical du dolichocôlon. *Rapport au X^e Congrès des Pédiatres de Langue Française*, 25 octobre 1938.
- BRYANT. — Observations upon the growth and length of the human intestine. *Am. Journ. of Méd. sc.*, t. 167, p. 499, 1924.

- BUDBERG et KOCH. — Darmchirurgie bei ungewöhnlichen Lagen u. Gestaltungen des Darmes. *Deut. Zeits fur Chir.*, t. 42, p. 239, 1896.
- CARNOT. — Sur le Dolichocôlon. *Paris Médical* 2 avril 1932.
- CAUCCI. — La chirurgia del colon. Capelli, Bologne, 1921.
- CHAPUY. — Images en tuyaux d'orgue et dolichocôlon. *Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon*, 2 février 1938.
- CHIRAY. — Le dolichocôlon et son traitement hydrominéral. *Société Méd. Paris*, 1938.
- CHIRAY et LEBON. — *Congrès des Colites. Plombières*, 1935.
- CHIRAY, LOMON et ROSANOFF. — A propos du dolichocôlon. *Paris Médical*, 25 avril 1934.
- CHIRAY, LOMON et WAHL. — Le dolichocôlon. Masson, 1938.
- DELORE. — Volvulus du côlon pelvien. *Lyon Chirurgical*, 1933, p. 219, etc. in.
- DELORE et BISCH. — A propos du traitement du volvulus du côlon pelvien chez l'adulte. *Revue de Chirurgie*, 1932, p. 775.
- DELORE, GABRIELLE et MERZ. — Deux cas de résection de dolichosigmoïde en un temps. *Lyon Chirurgical*, n° 1, janvier-février 1936.
- DELORE et PUTHOD. — Traitement chirurgical des sigmoïdites. *Revue de Chirurgie*, 1932, p. 149.
- DOMINICI. — La chirurgie du côlon à l'exclusion des tumeurs et kystes de l'appendice. *Archivio Italiano di Chirurgia 6 bis. Congrès italien de chirurgie*, octobre 1934.
- DONATI et ALZONA. — Stenosi ileo-coliche di posizione. *Arch. Ital. di Chir.*, t. 3, mars 1921.
- DUBOSC. — Traitement du mégacôlon sigmoïde. *Thèse de Bordeaux*, 1930.

- DURAND. — L'administration fractionnée des laxatifs dans le traitement de certaines constipations. *Arch. des Mal. de l'App. dig.*, t. 19, déc. 1921, p. 1281.
- DUVERGEY. — Techniques et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin. *Rapport au Congrès de Chirurgie*, 1922.
- ENRIQUEZ et DURAND. — Déformations biloculaires de l'estomac. *Mouvement Médical*, février 1913.
- FARNY. — Contribution à l'étude du dolichocôlon. *Thèse d'Alger*, 1937.
- FORGUE. — Quelques précisions sur le volvulus du côlon pelvien. *Presse Médicale*, janvier 1920.
- FRIEDEL et JAUGEAS. — Exploration de l'anse sigmoïde par la radiographie. *Soc. Méd. Hôp.*, 1913.
- GAEHLINGER. — La vogue du dolichocôlon est-elle légitime ? *Phare Médical*, Paris, juin 1937.
- GATELLIER et MERLE D'AUBIGNÉ. — Traitement du Mégacôlon par les opérations sympathiques. *Arch. mal. App. dig.*, juillet 1935.
- GATELLIER, MOUTIER et PORCHER. — Radiologie clinique du tube digestif. Paris, Masson, 1930.
- GIRAUD. — Les sigmoïdites chirurgicales et leur traitement. *Thèse de Lyon*, 1936.
- GIRAULT. — Un traitement médical des dolichocôlons. *Arch. mal. App. digestif*, t. 16, p. 719.
- GOINARD. — Le traitement des dolichosigmoïdes volvulés ou non par résection suivie d'anastomose immédiate avec dérivation temporaire in situ. *Rapport d'Ockinczyk à la Société Nationale de Chir. de Paris*, 20 juillet 1935.
- GOINARD. — Traitement chirurgical du dolichocôlon ; résection colique ou splanchicotomie. *Rapport d'Ockinczyk à l'Académie de chirurgie*, 9 novembre 1938.

- GOINARD. — Nouveaux faits sur la splanchnicotomie pour dolichocôlon. *Algérie Médicale*, février 1939.
- GOINARD et MERZ. — L'opération du dolichosigmoïde en un temps. Résection extra-péritonéale. Anastomose immédiate subtotale. *Journal de Chirurgie*, février 1936, t. 47, 2.
- GOINARD et TORREILLES. — La fréquence du dolichosigmoïde chez les indigènes Nord-Africains. *Soc. Med. Alger*, 7 février 1936. In *Algérie Médicale*, mars 1936.
- HAGENTORN. — Une forme chronique définie du mégacôlon sigmoïde. *Congrès Russe de Chirurgie*, 1927, In *Journal de Chirurgie*, t. 38, p. 897, 6 décembre 1931.
- HUTET. — Diagnostic et traitement du dolichocôlon. *Revue de Médecine*, n° 7, septembre 1937.
- JUDD et ADSON. — *Annals of Surgery*, octobre 1930.
- KANTOR. — Redundant côlon. *Amer. Journ. of roentgenol.* 1924, t. 12, p. 414.
- LAMB. — *Am. Journ. Med. Sc.*, t. 105, p. 639, 1893.
- LANE. — Operative treatment of chronic constipation. Londres, 1904.
- Chronic intestinal stasis. *Brit. Med. Journ.*, 22 avril 1911.
- LARDENNOIS et AUBOURG. — Allongements segmentaires du gros intestin. *Journal de Radiol. et d'électrol.*, p. 65, février 1914.
- LECÈNE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III, p. 247-250.
- Volvulus du gros intestin. *Revue de Chir.*, janv. 1910.
- LEFÈVRE. — *Gaz. Hôp.*, n° 93 et 94, 28 et 30 nov. 1922.
- LEFLAIVE. — Sur le volvulus chronique du côlon sigmoïde. *Thèse Paris*, 1927.
- LE SAGE. — Le Dolichocôlon. *Union Médicale du Canada*, t. 64, n° 9, sept. 1935.

LERICHE. — Sympathectomie pour dolichocôlon avec ou sans Mégacôlon. *Société Chir. Lyon*, févr. 1935.

— De la section des splanchniques dans le Mégacôlon compliqué ou non de Dolichocôlon. *Pr. Méd.*, 22 déc. 1937.

LEVEN et BARRET. — Biloculation gastrique par distension gazeuse de l'estomac et du côlon. *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de Paris*, févr. 1911.

LOEPER et TAUZIN. — Le diagnostic du dolichocôlon. *Pr. Méd.*, 31 mai 1933.

DE MARTEL et DENET. — Traitement chirurgical du dolichocôlon. *Arch. Hosp.*, 7^e année, juill. 1935.

MAUCLAIRE. — La Mésentérite sténosante et rétractile. 30^e Congrès de l'Ass. franç. de Chir., 3-5 oct. 1921.

MOUCHOTTE. — Le dolichocôlon pelvien et son volvulus. *Paris Méd.*, p. 57.

NOTHNAGEL. — Achsendrehun u. Verknotung des Darmes. *Spez. Path. u. Ther.*, Bd 17, 1898.

OTTAVIANI. — Le Dolichocôlon. Traitement chirurgical par l'hémicolectomie splénique. Maloine, 1937.

PAÏTRE, LACAZE et GIRAUD. — Pratique anatomo-chirurgicale illustrée.

PATEL. — Volvulus du côlon iliaque. *La Clinique*, 1912, t. 16, p. 161.

PAUCHET. — Volvulus iliaque. *La Clinique*, juin 1922.

— Dolichocôlon sigmoïde traité par colectomie. *Paris Chir.*, t. 20, 1928.

POTAIN. — Du volvulus de l'S iliaque du côlon. *Gazette Médicale de Paris*, 1879, t. 2, p. 583.

REICHENECKER (Mlle). — Un nouveau mode de traitement des Méga-dolichocôlons. *Arch. Mal. App. dig.* 1929, p. 866.

ROHMER et VALETTE. — Le Mégacôlon et le dolichocôlon. *Rapport au X^e Congrès des Pédiatres de Langue Française*, 25 oct. 1938.

- SÉNÈQUE et MILHIET. — Traitement chirurgical du dolichocôlon en particulier par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée. *Journal de Chirurgie*, t. 46, n° 2, août 1935.
- SLESINGER. — Elongation of the pelvic côlon and its surgical treatment. *Lancet*, t. 211, p. 274, 1926.
- TARENETZKY. — *Mém. de l'Acad. des Sc. de St-Pétersbourg*, t. 28, n° 9, 1881.
- TAUZIN. — Les directives thérapeutiques médicales dans le dolichocôlon spasmodique. *Gazette Médicale de France*, n° 5, 1^{er} juillet 1934.
- TRÈVES. — The anatomy of the intestinal canal. *Brit. Méd. Journ.*, t. 1, p. 415, 1885.
- VIRCHOW. — *Virchow's Archiv.*, t. 5, p. 335.
- WADE et ROYLE. — Operative treatment of Hirschprung disease. *Med. Journ. of Australia*, t. 1, p. 137, 1937.
- WALTHER. — Anomalie du gros intestin. Développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque. *Bull. Soc. Anat. Paris*, t. 63, p. 256, 1888.
- WHITE. — Redundant côlon. *New England Journ. méd.*, t. 198, p. 783, 1928.
- ZORZI. — Observationi radiologiche sul sigma lungo (dolicosigma). *Radiol. med.*, t. II, juin 1924.

